

**EFEKTIVITAS PELAKSANAAN PROGRAM GENTASIBU
(GERAKAN PENGENTASAN GIZI BURUK) DALAM UPAYA
MENGATASI BALITA GIZI BURUK
DI KABUPATEN NGANJUK
(Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)**

SKRIPSI

Diajukan untuk Menempuh Ujian Sarjana
pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

MUHAMMAD TAUFIQ AFAN

NIM. 135030101111104



**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ILMU ADMINISTRASI PUBLIK
MALANG
2018**

MOTTO

وَوَجَدَكَ ضَالًّا فَهَدَىٰ (Q.S : Ad-Dhuha-7)

*Dan Dia mendapatimu sebagai seorang yang bingung, lalu Dia memberikan petunjuk.
(Terjemahan Q.S Ad-Dhuha – 7)*

عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ قَالَ قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ أَكْثَرُ مَا ذَكَرَ هَازِمُ اللَّذَاتِ يَغْنِي الْمَوْتَ

(HR Ibnu Majah, no. 4.258; Tirmidzi; Nasai; Ahmad)

Perbanyaklah mengingat pemutus kenikmatan, yaitu kematian. (Terjemahan HR Ibnu Majah, no. 4.258; Tirmidzi; Nasai; Ahmad).

Saya tidak berbicara dengan kata mungkin. (Abdurahman Wachid/Gus Dur)

Hidup itu sangat sederhana, tapi kita yang membuat hidup menjadi rumit. (Confucius)

Shadow is my best partner. (Hayabusa)

Kesempatan untuk menemukan kekuatan yang lebih baik dalam diri kita adalah saat munculnya hidup ketika terlihat sangat menantang (Joseph Campbell)

Kadang senja tak akan terlihat indah lagi, jika kau bisa melihat sesuatu yang lain pada dimensi yang berbeda di setiap waktu. (El Cae)

Ketika dunia begitu jahat padamu, maka kau harus menghadapinya, karena tidak seorangpun yang akan menyelamatkanmu jika kau tidak berusaha. (Roronoa Zoro)

TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul Skripsi : Efektivitas Pelaksanaan Program GENTASIBU sebagai upaya
Mengatasi Balita Penderita Gizi Buruk di Kabupaten Nganjuk
(Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

Disusun oleh : Muhammad Taufiq Afan

NIM : 135030101111104

Fakultas : Ilmu Administrasi

Program Studi : Ilmu Administrasi Publik

Malang, 27 April 2018

Komisi Pembimbing

Ketua



Dr. Alfi Haris Wanto, S.AP, M.AP, MMG
NIP. 19810601 200501 1 005

Anggota



Drs. Heru Ribawanto, MS
NIP. 19520911 197903 1 002

TANDA PENGESAHAN SKRIPSI

Telah dipertahankan di depan majelis penguji skripsi, Fakultas Ilmu Administrasi

Universitas Brawijaya, pada:

Hari : Selasa
Tanggal : 17 Mei 2018
Jam : 08.00–09.00
Skripsi atas nama : Muhammad Taufiq Afan
Judul Skripsi : Efektivitas Pelaksanaan Program GENTASIBU (Gerakan Pengentasan Gizi Buruk) dalam upaya Mengatasi Balita Gizi Buruk Di Kabupaten Nganjuk (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

dan dinyatakan

LULUS

MAJELIS PENGUJI

Ketua



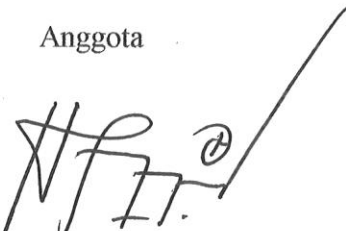
Dr. Alfi Haris Wanto, M.AP, MMG
NIP. 19810601 200501 1 005

Anggota



Drs. Heru Ribawanto, MS
NIP. 19520911 197903 1 002

Anggota



Dr. Fadillah Amin, M.AP, Ph.D
NIP. 19691205 200501 1 003

Anggota



Erlita Cahyasari, S.AP, M.AP
NIP. 2011078607242001

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah skripsi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku yaitu Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional pasal 25 ayat (2) dan pasal 70.

Malang, 3 Mei 2018




Muhammad Taufiq Afan
NIM: 135030101111104

RINGKASAN

Taufiq Afan Muhammad, 2018, **Efektivitas Pelaksanaan Program Gentasibu (Gerakan Pengentasan Gizi Buruk) dalam Upaya Mengatasi Balita Gizi Buruk di Kabupaten Nganjuk (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)**, Ketua Pembimbing: Dr.Alfi Haris Wanto, S.AP, M.AP, MMG, Anggota: Drs.Heru Ribawanto, MS, 174Hal+x

Penelitian ini dilakukan atas dasar banyaknya permasalahan kesehatan khususnya Gizi Buruk di Kabupaten Nganjuk, dimana di tahun 2009 terdapat 524 balita penderita gizi buruk. Tingginya angka gizi buruk ini mendorong pemerintah Kabupaten Nganjuk untuk mencetuskan sebuah kebijakan yang kemudian dikenal dengan Program Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU). Jadi, program GENTASIBU adalah wujud kebijakan publik yang didasarkan atas masalah tingginya angka gizi buruk dan mulai diimplementasikan pada tahun 2009. Dalam pelaksanaannya program GENTASIBU mengalami perkembangan yang sangat signifikan yaitu tersisa 74 kasus di tahun 2013. Hal ini diklaim sebagai wujud kesuksesan program GENTASIBU yang digagas dan diimplementasikan oleh Pemerintah Kabupaten Nganjuk.

Kesuksesan Program GENTASIBU tersebut menjadi dasar ketertarikan peneliti untuk melaksanakan penelitian dengan menggunakan metode penelitian Deskriptif Kualitatif karena mudah disesuaikan dengan keadaan di lapangan, lebih peka terhadap perubahan pola/nilai dan bahkan data yang ada di lapangan. Fokus penelitian sendiri adalah dengan menggunakan teori efektivitas yang dikemukakan oleh Krech, Cruthfied dan Bakkachey (1962) dalam Danim (2004: 119-120) yaitu a) Jumlah hasil yang dapat dikeluarkan, b) Tingkat kepuasan yang diperoleh, c) Produk Kreatif, d) Intensitas yang akan dicapai selain itu peneliti juga melihat dukungan apa saja yang didapatkan dalam pelaksanaan program GENTASIBU, dan juga hambatan yang dialami. Hasil yang didapatkan dalam penelitian ini program GENTASIBU dapat dikatakan efektif karena sudah mencakup ke 4 indikator tersebut.

Berdasarkan hasil dan pembahasan, penelitian ini merekomendasikan bahwa untuk menerapkan program pengentasan gizi buruk di daerah agar sukses, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu melibatkan pemerintah, sektor swasta dan masyarakat secara sinergis, kemudian memperhatikan aspek eksternal dan internal disini apa faktor penyebab masyarakat menderita gizi buruk apa karena faktor genetik, lingkungan, atau faktor lainnya, kemudian keikutsertaan pemerintah daerah sangatlah penting dalam memberikan dampak positif terhadap kesehatan masyarakat, dan selanjutnya adalah merencanakan dan dijalankan secara terus-menerus sehingga hasil maksimal dapat dicapai.

Kata Kunci : GENTASIBU, Gizi Buruk, Efektivitas

SUMMARY

Taufiq Afan Muhammad, 2018, **Effectiveness of Implementation GENTASIBU Program (Malnutrition Healing Movement) in Efforts to Overcome Malnourished Toddlers in Nganjuk District (Study at Health Office Nganjuk District)**, Supervisor: Dr.Alfi Haris Wanto, S.AP, M.AP , MMG, Members: Drs.Heru Ribawanto, MS, 174Hal + x

This research was conducted on the basis of many health problems, especially Malnutrition in Nganjuk Regency, where in the year 2009 there were 524 toddlers sufferers malnutrition. The high number of malnutrition is pushing the government of Nganjuk Regency to trigger a policy which became known as the Malnutrition Program (GENTASIBU). Thus, GENTASIBU program is a form of public policy based on the problem of high malnutrition rate and began to be implemented in 2009. In the implementation of GENTASIBU program experienced a very significant development that is left 74 cases in 2013. This is claimed as a form of success GENTASIBU program which was initiated and implemented by Nganjuk Regency Government.

The success of the GENTASIBU Program is the basis for the researcher's interest in conducting the research using Qualitative Descriptive Research method because it is easily adjusted to the situation in the field, more sensitive to changes in pattern / value and even data in the field. The focus of the research itself is to use the effectiveness theory proposed by Krech, Cruthfied and Bakkachey (1962) in Danim (2004: 119-120) that is a) The number of results that can be issued, b) The level of satisfaction obtained, c) Creative Product, and) Intensity to be achieved besides the researchers also see what support is obtained in the implementation of GENTASIBU program, and also the obstacles experienced. The results obtained in this study of GENTASIBU program can be said to be effective because it includes four Indicator.

Based on the results and discussion, this study recommends that to implement the program of malnutrition in the region to succeed, there are some things that need to be considered, which involves the government, private sector and society in synergy, then pay attention to internal and external aspects here what factors cause people suffer malnutrition of any kind due to genetic, environmental, or other factors, then the participation of local government is very important in providing positive impact on public health, and next is to plan and run continuously so that maximum results can be achieved.

Keywords: GENTASIBU, Malnutrition, Effectiveness

KUPERSEMBAHKAN KARYAKU

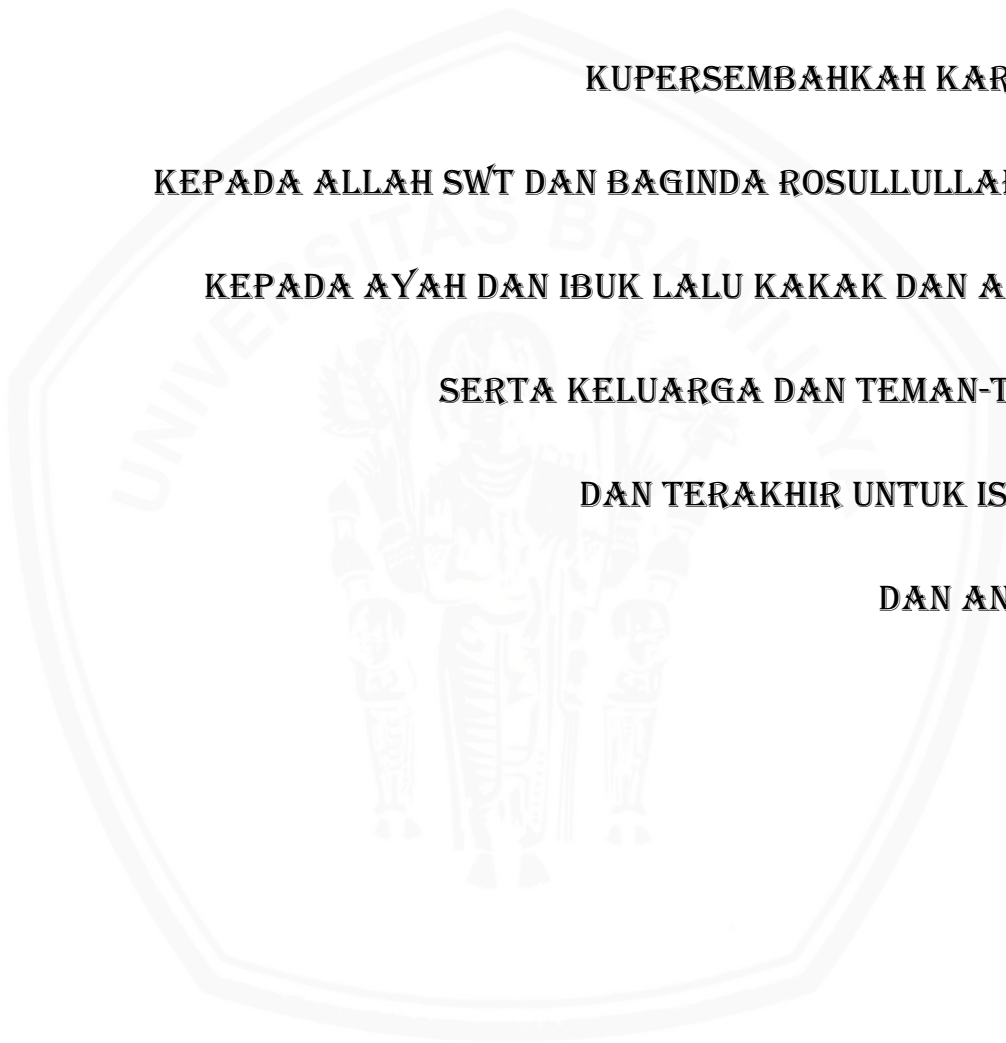
KEPADA ALLAH SWT DAN BAGINDA ROSULLULLAH SAW

KEPADA AYAH DAN IBUK LALU KAKAK DAN ADIKKU

SERTA KELUARGA DAN TEMAN-TEMAN

DAN TERAKHIR UNTUK ISTRIKU

DAN ANAKKU



PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan Syukur Alhamdulillah, Skripsi ini dipersembahkan kepada

Allah SWT semoga selalu dalam hidayahNYA dan LindunganNYA, kedua untuk Ayah dan Ibuk Tercinta. Beliau adalah sumber semangat, inspirasi, dan tujuan. Seorang motivator dan Superhero Ayah **Suprpto** dan Ibuk yang selalu menyemangati sekaligus Penasihat hidupku **Sri Mujiana**, terimakasih banyak atas bimbingan dan keiklasannya mendo'akanku selama ini, berjuang demi anak-anaknya yang sering mengecewakan. Terimakasih mungkin ini hanya sebagian sobekan kertas kecil dari arti membanggakanmu, karena tujuan yang asli adalah bisa menjadi anak berbakti, sholeh dan manfaat dunia dan akhirat. Semoga beliau diberikan istiqomah dalam berlomba-lomba taqwa kepadaMU.Aamiin

Kakak dan Adik **Yoehan Arif Ardiansyah** dan **Fauziah Chusida**, mungkin mereka terlalu banyak diam dalam semua tindakanku, namun disisi lain kau tak pernah berpaling sedikitpun dariku.

Kepada Bapak **Dr. Alfi Haris Wanto, S. AP, M. AP, MMG** dan Bapak **Drs. Heru Ribawanto, MS** selaku pembimbing saya, Beliau-Beliau adalah sosok yang bersedia untuk dijadikan motivator, panutan, inspirator yang berkenan membagikan pengalaman dan ilmunya, semangat Beliau-Beliau ini, benar-benar menunjukkan menuntut ilmu itu tiada batasnya, dan tiada alasan untuk bermalas ria. Tak lupa Saudara-saudaraku, Teman-teman, semoga selalu ada dalam lindungan-NYA, Semuanya semoga Barokah dalam menjalani hidup. Aamiin

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNYA, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Efektivitas Pelaksanaan Program GENTASIBU (Gerakan Pengentasan Gizi Buruk) dalam Upaya Mengatasi Balita Gizi Buruk di Kabupaten Nganjuk”**

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar sarjana Ilmu Administrasi Publik Pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang. Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Bpk. Dr.Alfi Haris Wanto, S.AP, M.AP, MMG. Selaku Dosen Ketua Pembimbing
2. Bpk. Drs.Heru Ribawanto, MS selaku Dosen Anggota Pembimbing
3. Orang Tua Saya, saudara-saudara saya, dan tak lupa teman-teman juga.

Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Semoga karya skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Malang, 16 April 2018

Muhammad Taufiq Afan

DAFTAR ISI

	Halaman
MOTTO	i
TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI	ii
TANDA PENGESAHAN SKRIPSI	iii
PERNYATAAN ORISNALITAS SKRIPSI	iv
RINGKASAN	v
SUMMARY	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	13
C. Tujuan penelitian	13
D. Kontribusi Penelitian	13
E. Sistematika Pembahasan	15
 BAB II KAJIAN PUSTAKA	
A. Administrasi Publik	17
1. Pengertian Administrasi Publik	17
2. Paradigma Administrasi Publik	19
B. Efektivitas	23
1. Pengertian Efektivitas	23
2. Ukuran Efektivitas	25
3. Faktor yang Mempengaruhi Efektivitas	29
C. Kesehatan	31
1. Pengertian Kesehatan	31
2. Kesehatan menurut Undang-Undang	32
3. Pelayanan Kesehatan	32
a) Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan	33

b) Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan	35
4. Program Kesehatan	35
5. Program GENTASIBU (Gerakan Pengentasan Gizi Buruk)	38
D. Gizi	40
1. Pengertian Gizi	40
2. Status Gizi	41
3. Gizi Buruk	43
4. Perbaikan Gizi Masyarakat	44
E. Balita	45

BAB III METODE PENELITIAN

A. Pendekatan dan Jenis Penelitian	47
B. Fokus Penelitian	49
C. Lokasi dan Situs Penelitian	51
D. Sumber Data	52
E. Teknik Pengumpulan Data	54
F. Instrumen Penelitian	57
G. Analisis Data	57
H. Keabsahan Data	60

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A Gambaran Umum Lokasi dan Situs Penelitian	62
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	62
a. Letak Geografis	62
b. Sejarah Kabupaten Nganjuk	64
c. Lambang Kabupaten Nganjuk	66
d. Visi dan Misi Kabupaten Nganjuk	68
e. Jumlah Penduduk Kabupaten Nganjuk	70
f. Pemerintahan Kabupaten Nganjuk	74
2. Gambaran Umum Situs Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk	79
a. Tugas Pokok, Fungsi dan Tugas Masing-masing Bidang Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk	80

b. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan	93
3. Gambaran Umum Program Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) di Kabupaten Nganjuk	94
a. Latar Belakang Terbentuknya Program GENTASIBU	94
b. Tujuan Program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk	96
B. Penyajian data	96
1. Efektivitas Pelaksanaan Program GENTASIBU sebagai upaya Mengatasi Balita Penderita Gizi Buruk di Kabupaten Nganjuk (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)	96
a. Jumlah Hasil yang Dapat Dikeluarkan	97
b. Tingkat Kepuasan	111
c. Produk Kreatif	115
d. Intensitas yang akan Dicapai	119
2. Faktor Pendukung dan Penghambat	122
a. Faktor Pendukung	122
b. Faktor Penghambat	129
C. Analisis dan Interpretasi	134
1. Efektivitas Pelaksanaan Program GENTASIBU sebagai upaya Mengatasi Balita Penderita Gizi Buruk di Kabupaten Nganjuk (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)	134
a. Jumlah Hasil yang Dapat Dikeluarkan	134
b. Tingkat Kepuasan	138
c. Produk Kreatif	139
d. Intensitas yang akan Dicapai	143
2. Faktor Pendukung dan Penghambat	144
a. Faktor Pendukung	144
b. Faktor Penghambat	149

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	152
B. Saran	153

DAFTAR PUSTAKA	155
-----------------------------	------------

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
1	Kasus Gizi Buruk Pada Balita Ditemukan Dan Mendapat Perawatan Menurut Provinsi Tahun 2016.....	7
2	Balita Gizi Buruk Kabupaten Nganjuk Tahun 2016.....	10
3	Klarifikasi Status Gizi menurut WHO.....	42
4	Luas Wilayah Menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk Tahun 2016...	64
5	Jumlah Penduduk dan Laju Pertumbuhan Penduduk Menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk Tahun 2014-2016.....	71
6	Jumlah Penduduk dan Rasio Jenis Kelamin Menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk.....	72
7	Rekamedik Identitas Balita Gizi Buruk Tahun 2017 Kabupaten Nganjuk.....	104
8	Realisasi Program CSR Bank Jatim Tahun 2010	124
9	Pos GENTASIBU yang Tersebar di Kabupaten Nganjuk	127
10	Faktor Penghambat dalam Pelaksanaan GENTASIBU.....	133

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
1	Kesesuaian Korten Terkait Program.....	37
2	Proses Induktif Penelitian Kualitatif.....	48
3	Analisis Data Model Interaktif	58
4	Peta Wilayah Kabupaten Nganjuk.....	62
5	Luas Wilayah Menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk (Km2)	63
6	Lambang Kabupaten Nganjuk	66
7	Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Nganjuk	72
8	Bagan Susunan Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk	94

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul	Halaman
1	Daftar Informan	161
2	Daftar Pertanyaan Wawancara.....	162
3	Jawaban Pertanyaan Wawancara.....	164
4	Dokumentasi Penelitian.....	169
5	Dokumentasi Wawancara.....	176
6	Biodata Peneliti.....	177

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara dari berbagai negara di dunia yang menganut sistem otonomi daerah dalam pelaksanaan pemerintahannya. Pelaksanaan otonomi daerah sudah mulai diberlakukan pada tahun 1999 yang diharapkan dapat membantu serta mempermudah dalam berbagai urusan penyelenggaraan negara. Dengan adanya otonomi daerah, daerah memiliki hak guna untuk mengatur daerahnya sendiri namun masih tetap dikontrol oleh pemerintah pusat serta tetap menganut undang-undang.

Otonomi daerah dilaksanakan sebagai bentuk dari upaya dalam mewujudkan kesejahteraan rakyat di daerah, dimana pemerintah daerah dapat menyesuaikan pengembangan daerah dengan potensi daerahnya sendiri-sendiri. Pelaksanaan otonomi daerah cukup membawa perubahan dalam berbagai aspek kehidupan. Salah satu wujud dari diberlakukannya kebijakan pemerintah berupa desentralisasi. Cheema dan Rondinelli (1983) mendefinisikan desentralisasi sebagai perpindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan pemerintah serta manajemen dan pengambilan keputusan (*decision making*) dari tingkat pusat ke tingkat daerah (Dwiyanto, 2003:18).

Desentralisasi mengacu pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah yang merupakan undang-undang baru yang dibuat dengan pertimbangan bahwa Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah tidak sesuai lagi dengan perkembangan keadaan, ketatanegaraan, dan tuntutan penyelenggaraan pemerintahan daerah sehingga perlu diganti. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 menjelaskan pengertian dari Desentralisasi yang merupakan penyerahan Urusan Pemerintahan oleh Pemerintah Pusat kepada daerah otonom berdasarkan Asas Otonomi.

Dengan adanya desentralisasi Pemerintah daerah dapat berkreasi maupun berekspresi dengan bebas dalam upaya mewujudkan pembangunan di daerahnya, dengan catatan tidak melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Maksud dari desentralisasi Menurut United Nation (PBB) memberikan batasan bahwa *"decentralization refer to transfer of authority a way from the national capital whether by decentralization (i.e) to field office or by devolution to local authories or local bodies"* yang artinya Desentralisasi merujuk pada pemindahan kekuasaan dari pemerintah pusat baik melalui dekonsentrasi (delegasi) pada pejabat wilayah maupun melalui devolusi pada badan-badan otonom daerah (E. Koswara, 2001:48). Melalui hal ini desentralisasi diharapkan mampu untuk mendorong pewujudan stabilitas politik, efektivitas pelayanan publik, mengurangi angka kemiskinan dan menciptakan keadilan di tengah-tengah masyarakat.

Salah satu hal yang vital dalam masalah desentralisasi adalah Kebijakan publik oleh aparaturnya Pemerintah dimana dewasa ini masih banyak dijumpai kelemahan sehingga belum dapat memenuhi apa yang diharapkan masyarakat. Penyelenggaraan pemerintahan daerah dalam rangka mewujudkan kesejahteraan kepada masyarakat menjadi tolak ukur terselenggaranya tata kelola pemerintahan daerah yang baik (*good local governance*). Hal ini ditandai dengan masih adanya berbagai keluhan masyarakat yang disampaikan melalui media massa, sehingga dapat menimbulkan citra yang kurang baik terhadap aparaturnya pemerintah.

Kebijakan suatu pemerintahan daerah dituntut untuk tidak pernah mengabaikan pengambilan keputusan (*Decision making*) yang melibatkan seluruh masyarakat demi terciptanya kesejahteraan. Kebijakan menjadi suatu tolak ukur kinerja Pemerintahan daerah yang paling kasat mata. Masyarakat dapat langsung menilai kinerja pemerintahan daerah berdasarkan kebijakan yang diterima, karena kebijakan dapat dirasakan masyarakat dari semua kalangan, dimana keberhasilan dalam membangun kinerja secara profesional, efektif, efisien, dan akuntabel akan mengangkat citra positif Pemerintahan Daerah di mata warga masyarakatnya. Menurut Carl Friedrich (1942) Kebijakan publik merupakan Serangkaian tindakan/kegiatan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok, atau pemerintahan dalam suatu lingkungan tertentu dimana terdapat hambatan-hambatan (kesulitan-kesulitan), kemungkinan-kemungkinan dan kesempatan dimana kebijakan tersebut diusulkan agar berguna dalam mengatasinya untuk mencapai tujuan yang dimaksud (Agustino, 2012:7).

Sesuatu yang dianggap berhasil dalam melaksanakan kebijakan publik ialah mendapatkan keuntungan dari mayoritas masyarakat karena sangat minim untuk dapat menguntungkan seluruh lapisan masyarakat. Kebijakan itu dapat dikatakan berhasil atau tidaknya dapat diukur dengan apakah efektif kebijakan tersebut dengan mempertimbangkan aspek-aspek tertentu, hal ini bertujuan untuk mengambil keputusan terbaik dari yang terbaik. Menurut Ravianto (1989) pengertian efektivitas adalah seberapa baik pekerjaan yang dilakukan, sejauh mana orang menghasilkan keluaran sesuai dengan yang diharapkan (Masruri, 2014:11). Pada aspek efektivitas penyelenggaraan kebijakan publik dapat ditinjau dari kesesuaian antara kebijakan yang diterapkan dengan kebutuhan masyarakat. Dengan kebijakan tersebut diharapkan level pemerintahan di daerah lebih mengetahui dan mengenal dengan akurat kebutuhan masyarakat di daerahnya sendiri, sehingga pelayanan yang disediakan benar- benar menjawab kebutuhan masyarakat dan bukan dipersepsikan atas kebutuhan kekuasaan semata.

Oleh karena itu, pemerintah daerah telah memiliki kewenangan dalam mengatur rumah tangganya sendiri mempunyai beberapa kebijakan dengan mengeluarkan program-program pemerintah guna mengatasi apa yang terjadi di daerahnya. Program-program tersebut dijadikan suatu jurus terjitu dalam menangani masyarakat yang mengalami masalah. Menurut Hogwood dan Gunn (1978) menyebutkan bahwa kebijakan publik adalah seperangkat tindakan pemerintah yang didesain untuk mencapai hasil-hasil tertentu dan sebagai suatu instrumen yang dibuat oleh pemerintah, kebijakan publik dapat berbentuk aturan-aturan umum dan atau khusus baik secara tertulis maupun tidak tertulis yang

berisi pilihan-pilihan tindakan yang merupakan keharusan, larangan dan atau kebolehan yang dilakukan untuk mengatur seluruh warga masyarakat, pemerintah dan dunia usaha dengan tujuan (Wahab, 2014:7).

Dalam konteks Kesehatan, kebijakan publik menjadi peran yang sangat penting, dimana kesehatan merupakan kebutuhan primer oleh setiap individu di masyarakat yang harus dipenuhi oleh setiap bangsa dan negara. Menurut Undang undang Republik Indonesia Nomer 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan memberikan definisi tentang kesehatan yaitu keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan termasuk dalam kewajiban pemerintah untuk memproteksi masyarakatnya agar tidak tertular penyakit yang dianggapnya berbahaya. Pemerintah daerah diharapkan mampu untuk memberikan pelayanan yang maksimal terhadap penanggulangan penyakit tertentu, karena pemerintah mempunyai kewenangan yang meliputi keseluruhan kehidupan masyarakat (Abidin, 2004:21). Tidak ada lainnya yang wewenangnya dapat mencakup seluruh lapisan masyarakat kecuali pemerintah. Selain itu pemerintah adalah organisasi yang dalam sesuatu teritorial tertentu dapat memaksakan kekuasaannya secara sah terhadap semua golongan kekuasaan lainnya dan yang dapat menetapkan tujuan-tujuan dari kehidupan bersama itu melalui kebijakan-kebijakan yang dibuat dan disepakati (Budiardjo, 2008: 47).

Untuk itu sudah selayaknya pemerintah memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakatnya. Termasuk dalam penanggulangan penyakit berbahaya yang dianggap vital demi kemajuan masa depan bangsa dimana pemerintah diharuskan

turun tangan untuk mengatasi permasalahan penyakit tersebut. Salah satu penyakit yang dianggap berbahaya bagi bangsa Indonesia ialah Gizi Buruk (*Malnutrition*).

Gizi buruk saat ini masih menjadi momok yang menakutkan dalam kehidupan masyarakat di Indonesia. Gizi buruk adalah gangguan kesehatan akibat kekurangan atau ketidakseimbangan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan, aktivitas berfikir dan semua hal yang berhubungan dengan kehidupan. Kekurangan zat gizi adaptif bersifat ringan sampai dengan berat. Gizi kurang banyak terjadi pada anak usia kurang dari 5 tahun. Gizi buruk adalah kondisi gizi kurang hingga tingkat yang berat dan disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari dan terjadi dalam waktu yang cukup lama (Khaidirmuhaj, 2009:1).

Hal ini sangat berbahaya terhadap perkembangan anak, dampak jangka pendek gizi buruk terhadap perkembangan anak. Akibat yang disebabkan oleh gizi buruk diantaranya menjadikan anak apatis, gangguan bicara dan gangguan perkembangan yang lain. Sedangkan dampak jangka panjang adalah penurunan skor *intelligence quotient* (IQ), penurunan perkembangan kognitif, penurunan integrasi sensorik, gangguan pemusatan perhatian, gangguan penurunan rasa percaya diri dan tentu saja merosotnya prestasi akademik di sekolah. Kurang gizi berpotensi menjadi penyebab kemiskinan melalui rendahnya kualitas sumber daya manusia dan produktivitas. Tidak heran jika gizi buruk yang tidak ditangani dengan baik, pada fase akutnya akan mengancam jiwa dan pada jangka panjang akan menjadi ancaman hilangnya sebuah generasi penerus bangsa (Nency dan Arifin, 2005: 2).

Indonesia salah satu negara yang menjadi perhatian oleh dunia tentang *Malnutrition* (gizi buruk). Banyak masyarakat Indonesia belum menyadari besarnya masalah ini. Umumnya, Indonesia lebih memperhatikan berat badan kurang untuk menentukan kondisi gizi. Tetapi, bila menggunakan ukuran ini saja, masalah gizi akan nampak sudah teratasi karena tingkat berat badan sangat kurang hanya 5,4% dari seluruh balita di Indonesia. Faktanya, 8,4 juta balita, atau 37,2%, dari seluruh balita terkena Gizi Buruk dan perlu mendapat perhatian lebih karena akan berdampak panjang dalam hidup seseorang. Antara tahun 2010 hingga 2013 kasus Gizi Buruk naik dari 35,6% menjadi 37,2%. (Achmadi, 2014: 23).

Meskipun tidak sepesat masa balita, pertumbuhan anak umur 5-12 tahun masih berlangsung pesat, pada usia ini anak mulai menempuh pendidikan dan memiliki beragam aktivitas untuk menunjang perkembangan fisik dan kognitifnya. Namun seperti pada balita, kondisi gizi anak pada usia ini masih membutuhkan perhatian, tercermin dari persentase pendek yang juga tinggi, yaitu mencapai 30,7% dengan persentase terendah di Provinsi DI Yogyakarta dan tertinggi di Provinsi Sulawesi (Pusatdatin, 2016: 5). Rincian tersebut akan peneliti paparkan di tabel berikut ini:

Tabel 1 Kasus Gizi Buruk Pada Balita Ditemukan Dan Mendapat Perawatan Menurut Provinsi Tahun 2016

No	Provinsi	Kasus Ditemukan	Dapat Perawatan
1	Aceh	212	212
2	Sumatera Utara	1.194	1.194
3	Sumatera Barat	490	490
4	Riau	79	79
5	Jambi	90	90

No	Provinsi	Kasus Ditemukan	Dapat Perawatan
6	Sumatera Selatan	367	367
7	Bengkulu	103	103
8	Lampung	136	136
9	Kepulauan Bangka Belitung	61	61
10	Kepulauan Riau	285	285
11	DKI Jakarta	2.282	2.282
12	Jawa Barat	2.895	2.895
13	JawaTengah	922	922
14	DI Yogyakarta	187	187
15	Jawa Timur	6.019	6.019
16	Banten	1.051	1.051
17	Bali	99	99
18	Nusa Tenggara Barat	362	362
19	Nusa Tenggara Timur	3.340	3.340
20	Kalimantan Barat	349	349
21	Kalimantan Tengah	68	68
22	Kalimantan Selatan	145	145
23	Kalimantan Timur	329	329
24	Kalimantan Utara	190	190
25	Sulawesi Utara	40	40
26	Sulawesi Tengah	399	399
27	Sulawesi Selatan	184	184
28	Sulawesi Tenggara	241	241
29	Gorontalo	362	362
30	Sulawesi Barat	228	228
31	Maluku	127	127
32	Maluku Utara	438	438
33	Papua Barat	479	479
34	Papua	2.765	2.765
	Indonesia	26.518	26.518

Sumber: www.gizi.depkes.go.id (diakses 14 Juni 2017)

Dari Tabel diatas, menunjukkan bahwa masih banyak balita penderita gizi buruk di Indonesia. Upaya yang dilakukan Pemerintah Indonesia untuk mengetahui penderita Gizi buruk dilakukanlah penimbangan balita di posyandu. Data menyebutkan bahwa ditemukan sebanyak 26.518 balita gizi buruk secara nasional. Kasus gizi buruk yang dimaksud ditentukan berdasarkan perhitungan berat badan menurut tinggi badan balita $Zscore < -3$ standar deviasi (balita sangat kurus). Sedangkan menurut hasil Riskesdas tahun 2013 prevalensi gizi sangat kurus pada balita sebesar 5,3%. Jika diestimasi terhadap jumlah sasaran balita (S) yang terdaftar di posyandu yang melapor (21.436.940) maka perkiraan jumlah balita gizi buruk (sangat kurus) sebanyak sekitar 1,1 juta jiwa (Sutarjo, 2015:149).

Dengan demikian penemuan kasus balita gizi buruk masih jauh dibandingkan perkiraan kasus gizi buruk yang ada di masyarakat. Oleh karena itu diperlukan upaya untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam menimbang balitanya karena cakupan penimbangan balita belum mencapai tiga perempat dari jumlah balita yang terdaftar di posyandu yang melapor. Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam penimbangan balita di posyandu yaitu melalui kerjasama lintas program dan lintas sektor, serta melibatkan peran aktif masyarakat dalam penimbangan balita.

Nganjuk merupakan Kabupaten yang berada di Jawa Timur dimana Kabupaten yang juga memiliki permasalahan gizi buruk yang cukup tinggi, hal ini dapat dibuktikan dengan jumlah kematian bayi dan balita di Kabupaten Nganjuk pada tahun 2012 yang terbilang cukup banyak yaitu sebanyak 335 bayi, kemudian 25 anak balita dan 36 balita (www.gizi.depkes.go.id) (diakses 14 Juni 2017).

Kasus ini sekitar 59,49% dipengaruhi oleh faktor ekonomi. Orang tua mereka termasuk warga miskin, hingga kesulitan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Berikut adalah data kasus gizi buruk pada tahun 2016 di Kabupaten Nganjuk:

Tabel 2 Balita Gizi Buruk Kabupaten Nganjuk Tahun 2016

Kasus Gizi Buruk		
Kecamatan	Total	
	Jumlah Ditemukan	Mendapat Perawatan
Bagor	2	2
Baron	2	2
Berbek	2	2
Gondang	-	-
Jatikalen	-	-
Kertosono	3	3
Lengkong	1	1
Loceret	3	3
Nganjuk	5	5
Ngetos	2	2
Ngluyu	1	1
Ngronggot	8	8
Pace	4	4
Patianrowo	3	3
Prambon	8	8
Rejoso	5	5
Sawahan	3	3
Sukomoro	-	-
Tanjunganom	16	16
Wilangan	3	3
Jumlah	71	71

Sumber : bidang kesehatan keluarga dinkes Kabupaten Nganjuk

Dari Tabel nomer 2 menjelaskan bahwa sebanyak 71 anak usia 0-5 tahun di Kabupaten Nganjuk, Jawa Timur yang diketahui menderita gizi buruk pada tahun 2016, hal ini perlu mendapatkan perhatian serius dari pemerintah daerah setempat.

Kasus gizi buruk di Nganjuk memang tinggi. Dari berbagai macam evaluasi yang telah dilakukan, juga banyak faktor yang memengaruhi kasus tersebut. Menurut Data Sekitar 59,49 persen, kasus gizi buruk itu dipengaruhi karena faktor ekonomi. Orang tua mereka termasuk warga miskin, hingga kesulitan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Selain itu, sejumlah masalah lainnya, seperti minimnya pendidikan, status pekerjaan yang hanya sebagai petani penggarap, juga berpengaruh pada tingkat pemeliharaan bayi. Pihaknya berkomitmen untuk menekan temuan kasus ini hingga seminimal mungkin. Jumlah temuan pada 2016 juga masih sedikit dibandingkan dengan temuan pada 2010 yang mencapai 103 anak. Selain gizi buruk, masih ada 837 anak yang berada di bawah garis merah. Jika dibiarkan, kondisi mereka bisa berubah menjadi gizi buruk. Oleh karena itu, pemerintah kabupaten Nganjuk telah membuat beberapa program pengentasan kasus gizi buruk, yaitu adalah Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) (<http://www.republika.co.id>) (diakses 14 Juni 2017)

Kasus gizi buruk merupakan kasus yang vital bagi pemerintah Kabupaten Nganjuk, sehingga Bupati Nganjuk memaparkan program unggulan untuk Kabupaten Nganjuk di Bidang Kesehatan yaitu adalah Gerakan Penentasan Gizi Buruk (GENTASIBU), “Awal saya jadi Bupati Nganjuk, pada April 2008 lalu, permasalahan gizi buruk dan, angka kematian ibu dan angka kematian bayi saat kelahiran sangat tinggi” (<http://www.republika.co.id>) (diakses 14 Juni 2017). Melihat permasalahan tersebut Bupati dan Ketua TP PKK Kabupaten Nganjuk Dra. Hj. Ita Taufiqurrahman yang merupakan istrinya sendiri merumuskan program untuk mengentaskan masyarakat dari permasalahan tersebut dengan

pencanangan Gerakan Penentasan Gizi Buruk (GENTASIBU). Program yang menitikberatkan pada kebersamaan seluruh komponen masyarakat ini mulai didengungkan pada tanggal 3 juni 2009 dan disahkan secara resmi melalui Surat Keputusan Bupati No. 188/140/K/411.013/2009.

Pelaksanaan program GENTASIBU dalam sektor kesehatan sangatlah diperlukan untuk mengatasi permasalahan masa depan bangsa di tengah kondisi yang sedang menghadapi tantangan yang kompleks, efektivitas dan efisiensi dalam melaksanakan program harus di konsep secara matang, tidak hanya itu dampak yang dihasilkan juga harus untuk kemaslahatan masyarakat dimana moto Kabupaten Nganjuk adalah “Menuju Kejayaan” sehingga program yang efektif dapat menjadikan tolak ukur bahwa program tersebut berhasil. Program GENTASIBU salah satu program yang inovatif sehingga program ini harus di maksimalkan dalam pelaksanaannya, menganalisis faktor yang menjadi penghambat program ini, sehingga mampu memaksimalkan proses dan hasil dari kebijakan program ini dengan tujuan agar program ini dapat dijadikan panutan bagi daerah lain yang juga mengalami permasalahan yang sama. Atas dasar permasalahan diatas, peneliti melakukan penelitian dengan judul **“Efektivitas Pelaksanaan Program Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) dalam Upaya Pengentasan Gizi Buruk Di Kabupaten Nganjuk (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang ada maka perumusan masalahnya adalah sebagai berikut:

1. Apakah efektif pelaksanaan program GENTASIBU dalam upayanya mengatasi balita penderita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk?
2. Apa sajakah faktor yang mendukung dan menghambat pelaksanaan program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan perumusan masalah maka penelitian ini bertujuan untuk:

1. Menjelaskan dan Menganalisis Efektivitas pelaksanaan program GENTASIBU dalam upaya Pemerintah Kabupaten Nganjuk untuk mengurangi balita penderita gizi buruk.
2. Menjelaskan dan menganalisis faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat dalam pelaksanaan program GENTASIBU.

D. Kontribusi Penelitian

Dari segi akademis maupun segi praktis, diharapkan penelitian ini dapat memberikan kontribusi yaitu sebagai berikut:

1. Kontribusi akademis
 - a. Bagi mahasiswa
 - 1) Penelitian ini diharapkan mampu melatih dan menerapkan teori-teori yang telah didapat dan meningkatkan kemampuan berfikir dalam

penulisan karya ilmiah terkait efektivitas pelaksanaan program GENTASIBU dan juga pengentasan balita penderita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk

- 2) Penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi peneliti lain sebagai bahan perbandingan selanjutnya, serta dapat dijadikan acuan bagi pihak yang melakukan penelitian, terkait dengan efektivitas pelaksanaan program GENTASIBU dan pengentasan balita gizi buruk.

b. Bagi perguruan tinggi

- 1) Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pustaka untuk mengadakan penelitian lanjutan.
- 2) Penelitian ini diharapkan mampu memberikan sumbangan pemikiran dan bahan kajian dalam rangka meningkatkan peran pemerintah dalam pengembangan program daerah dan untuk mengurangi angka balita penderita gizi buruk.

2. Kontribusi praktis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dan Pemerintahan Kabupaten Nganjuk untuk memaksimalkan upayanya dalam mengurangi balita penderita gizi buruk melalui program GENTASIBU.

E. Sistematika Pembahasan

Penelitian ini akan disajikan dalam karya ilmiah (Skripsi) yang terdiri dari lima pokok bahasan (bab) yang semuanya merupakan satu kesatuan. Sistematika pembahasannya adalah sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

Berisikan latar belakang masalah yang berkaitan dengan judul penelitian, tujuan penelitian, dan kontribusi penelitian serta sebagai penutup bab ini menguraikan secara ringkas mengenai sistematik pembahasan.

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini dikemukakan teori-teori yang relevan dengan pokok permasalahan sehingga dapat mendukung dalam menganalisa dan menginterpretasikan data mengenai efektivitas pelaksanaan program GENTASIBU dalam upaya mengatasi gizi buruk.

BAB III : METODE PENELITIAN

Menjelaskan tentang metodologi penelitian yang digunakan mengenai jenis penelitian, fokus penelitian, pemilihan lokasi dan situs penelitian, sumber data, pengumpulan data, instrumen penelitian dan metode analisis dan keabsahan data.

BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Di dalam bab ini data atau informasi hasil penelitian diolah, dianalisis, ditafsirkan, dikaitkan dengan kerangka teoritik atau kerangka analisis yang dituangkan dalam BAB II sehingga jelas bagaimana data hasil penelitian dapat menjawab permasalahan dan tujuan pembahasan dalam kerangka teoritik yang telah dikemukakan terdahulu. Apakah terarah pada pengujian kerangka teoritik atau penjelasan kontekstual masalah yang menjadi permasalahan dan tujuan pembahasan bersangkutan.

BAB V : PENUTUP

Pada bab ini merupakan kristalisasi dari semua yang telah dicapai di pada masing-masing bab sebelumnya. Tersusun atas Kesimpulan dan Saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Administrasi Publik

1. Pengertian Administrasi Publik

Istilah Administrasi secara etimologi berasal dari bahasa Latin (Yunani) yaitu *administrare* yang terdiri atas dua kata yaitu “*ad*” dan “*ministrare*” yang berarti “*to serve*” yang dalam Bahasa Indonesia berarti “memberikan pelayanan kepada”. Sedangkan menurut Indradi (2016:1-11) pengertian administrasi dibagi menjadi 7 sebagai berikut:

- 1) Administrasi sebagai Tata Usaha, Adalah pencatatan dan pemberian bahan-bahan yang diperlukan untuk pelaksanaan suatu kegiatan yang jitu (Prange dalam Westra, 2002);
- 2) Administrasi sebagai Seni atau Kiat, Pada hakekatnya merupakan praktek-praktek pengelolaan kerjasama (administrasi) yang sudah dilakukan sejak adanya peradaban manusia. Dengan demikian, administrasi sebagai seni dapat dilacak sejak masa sejarah sampai sekarang (Berkley, 1975);
- 3) Administrasi sebagai Teknik dan Keterampilan, dipergunakan sebagai cara atau kepandaian melakukan administrasi sebagai seni;
- 4) Administrasi sebagai Ilmu, merupakan salah satu bidang ilmu pengetahuan (*science*) karena telah dipelajari untuk waktu yang lama dan telah diorganisasi menjadi suatu rangkaian teori. Administrasi dipandang

- 5) sebagai ilmu, karena mempunyai sosok *subject matter* yang tersusun dengan rapi dan terorganisasi dengan baik.
- 6) Administrasi sebagai Manajemen, kata-kata manajemen dan administrasi kerap kali dipergunakan secara berpadanan, sehingga orang meragukan untuk membedakannya, karena penggunaan kata-kata akan memberikan arti serta makna padanya (Schultze dalam Westra, 2002);
- 7) Administrasi sebagai Proses atau Kegiatan, suatu daya upaya manusia yang kooperatif yang mempunyai tingkat rasionalitas tinggi (Waldo, 1971);
- 8) Administrasi sebagai Pemerintah, Rangkaian semua organ-organ negara rendah dan tinggi yang bertugas menjalankan pemerintahan pelaksanaan dan keamanan (Wijaya dalam Westra, 2002).

Sedangkan menurut Syafi'ie dkk dalam Pasolong (2011:6) Pengertian Publik adalah sejumlah manusia yang memiliki kesamaan berpikir, perasaan, harapan, sikap dan tindakan yang benar dan baik berdasarkan nilai-nilai norma yang mereka miliki.

Dengan demikian pengertian Administrasi publik menurut R.C. Chandler dan J.C. Plano (1988) dalam Indradi (2016:105) merupakan proses dimana sumberdaya dan personel publik diorganisir dan dikoordinasikan untuk memformulasikan, mengimplementasikan, dan mengelola (*manage*) keputusan-keputusan dalam kebijakan publik.

2. Paradigma Administrasi Publik

Nicholas Henry (1995), memaparkan Lima paradigma administrasi publik yang dipetakan dalam upaya untuk menunjukkan bahwa gagasan administrasi publik sebagai sesuatu yang unik, sintesis lapangan yang relatif baru. Disiplin ilmu ini disusun sebagai suatu pencampuran dari teori organisasi, ilmu manajemen, dan konsep kepentingan umum. Kemudian menyarankan bahwa sudah waktunya administrasi publik membentuk dirinya sebagai kurikulum otonom di perguruan tinggi dan universitas dalam rangka mempertahankan relevansi dan kelayakan sosialnya.

Masing-masing fase dapat ditandai menurut "lokus" atau "fokus". Lokus adalah tempat yang menggambarkan di mana ilmu tersebut berada. Sebuah lokus administrasi publik adalah birokrasi pemerintah, tetapi ini tidak sepenuhnya tepat dan lokus tradisional ini sering dikaburkan. Dalam perkembangannya lokus dari ilmu administrasi publik menjadi kepentingan publik (*public interest*) dan urusan publik (*public affair*). Fokus adalah apa yang menjadi pembahasan penting dalam mempelajari ilmu administrasi publik. Salah satu fokus administrasi publik yaitu "prinsip-prinsip administrasi" tertentu, tapi, sekali lagi, fokus disiplin ilmu ini telah berubah dengan paradigma perubahan administrasi publik. Dalam perkembangannya fokus dari ilmu administrasi publik menjadi teori organisasi dan ilmu manajemen. Lima Paradigma Administrasi Negara, yaitu:

1) Paradigma 1: Dikotomi Politik dan Administrasi (1990-1926)

Menekankan pada lokus dimana administrasi publik seharusnya diletakkan. Jelas, dalam pandangan *Goodnow* dan rekan-rekannya sesama pemerhati *public administration*, administrasi publik harus berpusat pada birokrasi pemerintah. Fokus bidang ini terbatas pada masalah-masalah- masalah organisasi dan penyusunan anggaran dalam birokrasi pemerintahan, politik dan kebijakan merupakan isi dari ilmu politik. Awal legitimasi konseptual lokus ini yang berpusat pada definisi lapangan, dan salah satu permasalahan yang akan berkembang untuk akademisi dan praktisi yaitu masalah dikotomi ilmu politik dan ilmu administrasi.

2) Paradigma 2: Prinsip-Prinsip Administrasi (1927-1937)

Pada masa ini lokus administrasi publik kurang diperhatikan, sedangkan fokusnya adalah “prinsip-prinsip” manajerial yang dipandang berlaku universal pada setiap bentuk organisasi dan lingkungan budaya. Perbedaan pendapat dari administrasi publik pada 1940-an salah satunya adalah keberatan bahwa politik dan pemerintahan tidak akan pernah bisa dipisahkan. Kemudian yang lainnya adalah bahwa prinsip-prinsip administrasi secara logis tidak konsisten. Pada abad pertengahan, dua definisi pilar yaitu dikotomi politik/administrasi publik dan prinsip-prinsip administration telah digulingkan dan ditinggalkan oleh kaum intelektual yang kreatif di lapangan. Pengabaian ini meninggalkan administrasi publik dari epistemologi yang berbeda-identitas yang tidak jelas. Beberapa berpendapat bahwa suatu identitas belum dapat ditemukan. Hubungan konseptual

yang logis antara Administrasi Publik dan Ilmu Politik yaitu, proses pembuatan kebijakan publik. Administrasi Publik menentukan isi “kotak hitam” pada proses itu: perumusan kebijakan publik dalam birokrasi publik dan menghubungkannya ke politik. Ilmu politik dianggap mempertimbangkan "Input Dan output" dari proses itu: tekanan dalam politik menghasilkan perubahan Politik Dan sosial.

3) Paradigma 3: Administrasi Publik Sebagai Ilmu Politik (1950-1970)

Definisi fase ketiga ini sebagian besar adalah usaha membangun kembali hubungan antara administrasi publik dan ilmu politik. Tapi konsekuensi dari usaha ini adalah untuk "mendefinisikan" bidang ilmu ini, setidaknya dalam hal fokus analisis, "keahlian” esensial. Dengan demikian, tulisan-tulisan tentang administrasi publik di tahun 1950-an berbicara tentang bidang ini sebagai "penekanan," sebuah "daerah kepentingan, "atau bahkan sebagai" sinonim "ilmu politik. Administrasi publik kembali menjadi bagian dari ilmu politik. Pelaksanaan prinsip-prinsip administrasi sangat dipengaruhi oleh berbagai macam faktor lingkungan, jadi tidak “*value free*” (bebas nilai). Pada tahun 1962, administrasi publik tidak dimasukkan sebagai Sub bidang ilmu politik dalam laporan Komite Ilmu Politik sebagai Disiplin Asosiasi Ilmu Politik Amerika.

4) Paradigma 4: Administrasi Negara sebagai Ilmu Administrasi (1956-1970)

Pada masa ini Administrasi publik tetap menggunakan paradigma ilmu administrasi, dengan mengembangkan pemahaman sosial psikologi, dan analisis

sistem sebagai pelengkap nya .Sebagai sebuah paradigma, ilmu administrasi memberikan fokus tapi tidak lokus. Menawarkan teknik yang membutuhkan keahlian dan spesialisasi, tetapi dalam pengaturan kelembagaan bahwa keahlian yang harus diterapkan tidak dapat didefinisikan. Sebagai Paradigma, administrasi adalah administrasi dimana pun ia ditemukan; Fokus lebih difavoritkan daripada lokus. Ada masalah dalam ilmu administrasi, dan nyata. Jika Ilmu administrasi terpilih sebagai satu-satunya fokus administrasi publik, bisakah satu hal ini terus berbicara dalam administrasi publik? Setelah semua, ilmu administrasi, tidak menganjurkan prinsip-prinsip universal, namun berpendapat bahwa semua organisasi dan metodologi manajerial memiliki karakteristik tertentu, pola, dan patologi yang sama. Kalau saja ilmu administrasi didefinisikan dalam paradigma bidang ini, maka administrasi publik akan bertukar, terbaik, "penekanan" dalam bidang ilmu politik, yang terbaik, sub bidang di sekolah ilmu administrasi. Hal ini sering diartikan bahwa sekolah administrasi bisnis akan menyerap bidang administrasi publik. Sebagai sebuah paradigma, ilmu administrasi tidak bisa memahami nilai lebih dari kepentingan umum.Tanpa unsur kepentingan umum, ilmu administrasi dapat digunakan untuk tujuan apa pun, tidak peduli seberapa bertentangan dengan nilai-nilai demokrasi. Konsep penentuan dan penerapan kepentingan publik mendefinisikan pilar administrasi publik dan lokus dari bidang yang hanya menerima sedikit jika setiap perhatian hanya dalam konteks ilmu administrasi, hanya sebagai fokus teori organisasi / ilmu manajemen kurang menyimpan dukungan dalam ilmu politik.

5) Paradigma 5: Administrasi Publik sebagai Administrasi Publik (1970-Sekarang)

Kurangnya kemajuan dalam menggambarkan sebuah lokus untuk bidang ini, atau urusan publik apa dan "resep untuk kebijakan publik" harus mencakup hal yang relevan dengan administrator publik. Namun demikian, bidang ini tidak muncul untuk penekanan pada keunikan faktor-faktor sosial tertentu untuk sepenuhnya dikembangkan negara sebagai lokus yang tepat. Pilihan fenomena ini mungkin agak sewenang-wenang pada bagian dari administrator publik, tetapi mereka berbagi kesamaan sehingga mereka memiliki konsep lintas disiplin di universitas, membutuhkan kapasitas sintesis intelektual, dan bersandar ke arah tema yang mencerminkan kehidupan perkotaan, hubungan administrasi antar organisasi, dan menghubungkan teknologi dan nilai kemanusiaan, secara singkat disebut urusan publik. Sejak tahun 1970, tidak ada perkembangan paradigma baru dari administrasi publik.

B. Efektivitas

1. Pengertian Efektivitas

Efektivitas berasal dari kata efek yang artinya yaitu pengaruh, dan akibat. Efektivitas dapat diartikan sebagai suatu keberhasilan dari tujuan-tujuan yang telah dibuat. Berkaitan dengan kebijakan, efektivitas merupakan suatu hal penting yang didalamnya disebabkan karena pada dasarnya kebijakan yang dibuat itu ditujukan untuk mencapai suatu efektivitas. Kebijakan dapat dinilai efektif apabila mencapai apa yang diharapkan dari pembuatan kebijakan itu sendiri.

Menurut Gibson (1996) efektivitas adalah penilaian yang dibuat sehubungan dengan prestasi individu, kelompok dan organisasi. Semakin dekat prestasi mereka terhadap prestasi yang diharapkan, maka penilaiannya menjadi semakin efektif (Subkhi dan Jauhar, 2013:248).

Definisi lain efektivitas adalah kegiatan yang dilaksanakan secara tepat dalam arti target tercapai sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan. Target ditentukan dengan tujuan yang nantinya akan dicapai, dan waktu juga ditentukan dalam efektivitas ini. Efektivitas juga ditentukan oleh waktu, dimana akan diberi waktu dalam pelaksanaannya dari waktu yang ditentukan, nantinya akan terlihat hasil yang dicapai dengan waktu yang ditentukan. Apabila tujuan tercapai dalam waktu yang ditentukan, maka itu dapat dibilang efektif (Nawawi, 2003:326).

Menurut Ravianto (1989) dalam Masruri (2010) pengertian efektivitas adalah seberapa baik pekerjaan yang dilakukan, sejauh mana orang menghasilkan keluaran sesuai dengan yang diharapkan. Hal ini dapat dijelaskan bahwa suatu pekerjaan dapat diselesaikan dengan baik dan benar, maka dapat dikatakan sebagai efektivitas. Efektivitas adalah hubungan *output* dengan tujuan, semakin besar kontribusi (sumbangan) *output* terhadap pencapaian tujuan, maka semakin efektif organisasi, program atau kegiatan (Mahmudi, 2005: 29). Selanjutnya, Drucker (1954) dalam Moenir (2006:166) mendefinisikan efektivitas yaitu *“Effectiveness, on the other hand, is the ability to choose appropriate objectives. An effective manager is one who selects the right things to get done”* Artinya, efektivitas pada sisi lain menjadi kemampuan untuk memilih sasaran hasil yang

sesuai. Seorang manajer yang efektif adalah seseorang yang memilih pilihan yang benar untuk melaksanakan hingga selesai.

Efektivitas akan berorientasi pada kepentingan masyarakat, dimana efektivitas sebenarnya dijelaskan bahwa tercapainya suatu tujuan yang telah dibuat pada awal pembuatan dan tujuan organisasi biasanya berkaitan dengan kepentingan masyarakat. Berdasarkan hal ini dapat dikatakan bahwa efektivitas berorientasi pada masyarakat. Hal ini seperti yang dikemukakan oleh Emerson dalam Handayanigrat (1985:16) yaitu bahwa efektivitas merupakan penilaian hasil pengukuran dalam arti tercapainya tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Efektivitas perlu diperhatikan sebab mempunyai efek yang besar terhadap kepentingan orang banyak.

Berdasarkan definisi diatas dapat dijelaskan bahwa pada dasarnya efektivitas berhubungan dengan pengukuran kinerja dari suatu organisasi kebijakan, program yang dibuat dengan tujuan tertentu dan juga masyarakat. Efektivitas dilibatkan pada ukuran keberhasilan dari suatu program atau kebijakan yang dijalankan (sejauh mana program itu dikatakan berhasil).

2. Ukuran Efektivitas

Stephen Robbin (1984) dalam Mohyi (2012:99) menyebutkan ada dua pendekatan yang digunakan dalam mengukur efektivitas, diantaranya sebagai berikut:

1) Pendekatan Pencapaian Tujuan (*Goal attainment approach*)

Untuk menilai efektivitas organisasi harus dinilai bagaimana pencapaian tujuannya. Pendekatan ini memandang organisasi sebagai suatu kesatuan yang dengan sengaja dibuat rasional dan untuk mencapai tujuan, sehingga pencapaian tujuan yang berhasil menjadi suatu ukuran. Menurut pendekatan ini suatu organisasi dikatakan efektif apabila tujuan-tujuan yang ditetapkan dapat dicapai dengan baik.

2) Pendekatan Sistem

Pendekatan ini menilai suatu organisasi dilihat dari kemampuannya untuk memperoleh masukan, memproses masukan tersebut, menyalurkan keluarannya, dan mempertahankan stabilitas serta keseimbangan hidupnya. Jadi, pendekatan ini tidak hanya melihat seberapa jauh tujuan-tujuan yang dicapai oleh suatu organisasi tetapi melihat bagaimana organisasi itu mencapai tujuannya. Pendekatan ini tidak mengabaikan tujuan akhir, tetapi hanya dipandang sebagai salah satu elemen di dalam kumpulan kriteria yang lebih kompleks. Pendekatan ini menekankan pada kriteria yang akan meningkatkan pada kelangsungan hidup jangka panjang organisasi, seperti kemampuan organisasi untuk memperoleh sumberdaya, mempertahankan cirinya secara internal sebagai sebuah organisasi, menurut pendekatan ini dikatakan efektif apabila dapat menjalin hubungan yang harmonis dengan lingkungannya (Mohyi, 2012:199)

Pendekatan pencapaian tujuan dapat dijelaskan bahwa penilaian efektivitas dapat dilihat dari bagaimanakah tujuan itu dicapai. Jadi, suatu program dapat dibilang, efektif apabila tujuan yang dibuat sejak awal pada akhirnya dapat

tercapai. Pendekatan sistem tidak hanya melihat hasil akhir, namun juga melihat pada bagaimanakah mencapai suatu tujuan dengan sistem yang ada. Suatu sistem dapat mempengaruhi kinerja suatu organisasi. Apabila mempunyai sistem yang baik, maka tujuan akan dapat tercapai.

Ukuran efektivitas menurut Krech, Cruthfied dan ballachey (1962) dalam Danim (2004:119-120) yaitu sebagai berikut:

- a. Jumlah hasil yang dapat dikeluarkan, artinya hasil tersebut berupa kuantitas atau bentuk fisik dari organisasi, program atau kegiatan. Hasil dimaksud dapat dilihat dari perbandingan (*ratio*) antara masukan (*input*) dengan keluaran (*output*).
- b. Tingkat kepuasan yang diperoleh, artinya ukuran dalam efektivitas ini dapat kuantitatif (berdasarkan ada jumlah atau banyaknya) dan dapat kualitatif (berdasarkan pada mutu).
- c. Produk kreatif, artinya penciptaan hubungannya kondisi yang kondusif dengan dunia kerja, yang nantinya dapat menumbuhkan kreativitas dan kemampuan.
- d. Intensitas yang akan dicapai, artinya memiliki ketaatan yang tinggi dalam suatu tingkat intens sesuatu, dimana adanya rasa saling memiliki dengan kadar yang tinggi.

Penjelasan diatas dapat dikatakan bahwa efektivitas mempunyai tolak ukur di berbagai aspek, yaitu program yang dibuat, sejauh mana program ini dilaksanakan, lalu dari program yang dijalankan apakah mendapatkan tingkat kepuasan yang tinggi dari orang-orang yang mengikuti program tersebut.

Kepuasan masyarakat dapat terwujud dari adanya program-program yang bersifat kreatif didalamnya dan pada akhirnya dilihat apakah memiliki intensitas yang baik, dari situlah akan diukur tingkat efektivitasnya.

Ukuran efektivitas mempunyai banyak variasi, dimana variasi itu tergantung dari apa yang menjadi tujuan utamanya. Cambell (1977) dalam Steers (1984:46-48) menyebutkan beberapa ukuran dari pada efektivitas, yaitu:

- a. Kualitas artinya sesuatu yang baik yang dihasilkan oleh organisasi
- b. Produktivitas artinya kuantitas dari jasa yang dihasilkan.
- c. Kesiagaan yaitu penilaian menyeluruh sehubungan dengan kemungkinan dalam hal penyelesaian suatu tugas khusus dengan baik.
- d. Efisiensi merupakan perbandingan beberapa aspek prestasi terhadap biaya untuk menghasilkan prestasi tersebut.
- e. Penghasilan yaitu jumlah sumber daya yang masih tersisa setelah semua biaya dan kewajiban dipenuhi.
- f. Pertumbuhan adalah suatu perbandingan mengenai eksistensi sekarang dan masa lalunya.
- g. Stabilitas yaitu Pemeliharaan struktur, fungsi dan sumber daya sepanjang waktu.
- h. Kecelakaan yaitu frekuensi dalam hal perbaikan yang berakibat pada kerugian waktu.
- i. Semangat Kerja yaitu adanya perasaan terikat dalam hal pencapaian tujuan, yang melibatkan usaha tambahan, kebersamaan tujuan dan perasaan memiliki.

- j. Motivasi artinya adanya kekuatan yang muncul dari setiap individu untuk mencapai tujuan.
- k. Kepaduan yaitu fakta bahwa para anggota organisasi saling menyukai satu sama lain, artinya bekerja sama dengan baik, berkomunikasi dan mengkoordinasikan.
- l. Keluwesan Adaptasi artinya adanya suatu rangsangan baru untuk mengubah prosedur standar operasinya, yang bertujuan untuk mencegah keterbekuan terhadap rangsangan lingkungan.

Berdasarkan pemaparan diatas, dapat dijelaskan bahwa ukuran efektivitas ialah suatu batasan-batasan dari berbagai aspek yang akan mendorong terpenuhinya target dan sasaran. Jika dalam pelaksanaan suatu program melihat dari ukuran efektivitas seperti pemaparan diatas, maka nantinya akan tercipta suatu efektivitas. Adanya teori efektivitas dalam penelitian ini diharapkan dapat menjadi tolak ukur dalam meninjau apakah efektif atau tidak pelaksanaan program GENTASIBU ini dalam upayanya mengatasi balita penderita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk.

3. Faktor yang Mempengaruhi Efektivitas

Terdapat empat faktor yang dapat mempengaruhi suatu efektivitas menurut Steers (1984: 9-11) faktor yang dimaksud yaitu sebagai berikut:

- a. Karakteristik organisasi, adalah hubungan yang sifatnya relatif tetap seperti susunan sumber daya manusia yang terdapat dalam organisasi. Struktur merupakan cara yang unik menempatkan manusia dalam rangka

menciptakan sebuah organisasi. Suatu struktur, manusia ditempatkan sebagai bagian dari suatu hubungan yang relatif tetap yang akan menentukan pola interaksi dan tingkah laku yang berorientasi pada tugas.

- b. Karakteristik lingkungan, yang mana mencakup dua aspek, Aspek pertama adalah lingkungan eksternal yaitu lingkungan yang berada di luar batas organisasi dan dengan berpengaruh pada organisasi terutama dalam pembuatan keputusan dan tindakan. Aspek kedua adalah lingkungan internal yaitu iklim organisasi yang secara keseluruhan dalam lingkungan organisasi.
- c. Karakteristik pekerja, merupakan faktor terpenting dalam efektivitas, pada diri setiap individu akan ditentukan banyak perbedaan. Akan tetapi kesadaran individu akan perbedaan itu sangat penting dalam mencapai tujuan organisasi. Jadi apabila suatu organisasi menginginkan keberhasilan, maka harus dapat mengintegrasikan tujuan individu dengan tujuan organisasi.
- d. Karakteristik manajemen, yaitu suatu strategi dan mekanisme kerja yang dirancang untuk mengkondisikan semua hal dalam organisasi sehingga efektivitas tercapai. Kebijakan dan praktek manajemen merupakan alat bagi pimpinan untuk mengarahkan setiap kegiatan guna mencapai tujuan organisasi.

C. Kesehatan

1. Pengertian Kesehatan

Kesehatan Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) (1947) Kesehatan merupakan keadaan fisik, mental, dan sosial kesejahteraan dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan. Sedangkan dalam Piagam Ottawa dikatakan bahwa kesehatan merupakan sumber daya bagi kehidupan sehari-hari, bukan tujuan hidup. Kesehatan ialah konsep positif yang menekankan pada sumber daya pribadi, sosial dan kemampuan fisik.

Sedangkan menurut Mu'rifah (2007:1.4) Kesehatan adalah segala usaha dan tindakan seseorang untuk menjaga, memelihara, dan meningkatkan derajat kesehatannya sendiri dalam batas-batas kemampuannya, agar mendapatkan kesenangan hidup dan mempunyai tenaga kerja yang sebaik baiknya. Kesehatan tidak hanya diukur dari aspek fisik, mental, dan sosial saja, tetapi juga diukur dari produktivitasnya dalam arti mempunyai pekerjaan atau menghasilkan secara ekonomi. Bagi yang belum memasuki usia kerja, anak, dan remaja, atau bagi yang sudah tidak bekerja (pensiun) atau usia lanjut, yakni mempunyai kegiatan, misal sekolah atau kuliah bagi anak dan remaja, dan kegiatan pelayanan sosial bagi yang lanjut usia (Notoatmodjo, 2007:3).

Kesimpulannya bahwa kesehatan itu merupakan keadaan yang sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang diupayakan melalui tindakan menjaga, memelihara, dan meningkatkan derajat kesehatannya sehingga bisa hidup produktif dan mempunyai tenaga yang sebaik-baiknya. Oleh karena itu dalam penelitian ini Definisi Kesehatan adalah hal primer dalam tujuan program GENTASIBU.

2. Kesehatan menurut Undang-Undang

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yang dimaksud dengan,

- a. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
- b. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.
- c. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

3. Pelayanan Kesehatan

Menurut Gronroos (1990) Pelayanan merupakan suatu aktivitas atau serangkaian alat yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba), yang terjadi akibat interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan persoalan konsumen (Ratminto dan Winarsih, 2005).

Sedangkan pelayanan kesehatan adalah penggunaan fasilitas pelayanan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah oleh petugas kesehatan ataupun bentuk kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajaran, mudah dicapai oleh masyarakat, terjangkau serta bermutu (Azwar, 1999).

a) Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Azwar (1999) menjelaskan suatu pelayanan kesehatan harus memiliki berbagai persyaratan pokok, yaitu: persyaratan pokok yang memberi pengaruh kepada masyarakat dalam menentukan pilihannya terhadap penggunaan jasa pelayanan kesehatan, yakni :

1) Ketersediaan dan Kesinambungan Pelayanan

Pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat (*acceptable*) serta berkesinambungan (*sustainable*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat adalah ada pada tiap saat dibutuhkan.

2) Kewajaran dan Penerimaan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang baik adalah bersifat wajar (*appropriate*) dan dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat. Artinya pelayanan kesehatan tersebut dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan

kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

3) Mudah Dicapai oleh Masyarakat

Pengertian dicapai yang dimaksud disini terutama dari letak sudut lokasi mudah dijangkau oleh masyarakat, sehingga distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Jangkauan fasilitas pembantu untuk menentukan permintaan yang efektif. Bila fasilitas mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat pengguna di masa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa akan datang.

4) Terjangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang terjangkau (*affordable*) oleh masyarakat, dimana diupayakan biaya pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian masyarakat saja.

5) Mutu

Mutu (kualitas) yaitu menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan menunjukkan kesembuhan penyakit serta keamanan tindakan yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

b) Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

Menurut WHO (1984) dalam Juanita (1998) menyebutkan bahwa faktor perilaku yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan adalah:

(1) Pemikiran dan Perasaan (*Thoughts and Feeling*)

Berupa pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian - penilaian seseorang terhadap obyek, dalam hal ini obyek kesehatan.

(2) Orang Penting sebagai Referensi (*Personal Reference*)

Seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh seseorang yang dianggap penting atau berpengaruh besar terhadap dorongan penggunaan pelayanan kesehatan.

(3) Sumber-Sumber Daya (*Resources*)

Mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya. Sumber - sumber daya juga berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pengaruh tersebut dapat bersifat positif dan negatif.

(4) Kebudayaan (*Culture*)

Berupa norma-norma yang ada di masyarakat dalam kaitannya dengan konsep sehat sakit.

4. Program Kesehatan

Program di dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) didefinisikan sebagai rancangan mengenai asas-asas serta usaha-usaha yang akan dijalankan. Jones (1977) dalam Arif Rohman (2009: 101-102) menyebutkan program

merupakan salah satu komponen dalam suatu kebijakan. Program merupakan upaya yang berwenang untuk mencapai tujuan. Menurut Charles O. Jones (1977) dalam Suryana (2009: 28) ada tiga pilar aktivitas dalam mengoperasikan program yaitu :

a). Pengorganisasian

Oganisasi yang jelas diperlukan dalam mengoperasikan program sehingga tenaga pelaksana dapat terbentuk dari sumber daya manusia yang kompeten dan berkualitas.

b). Interpretasi

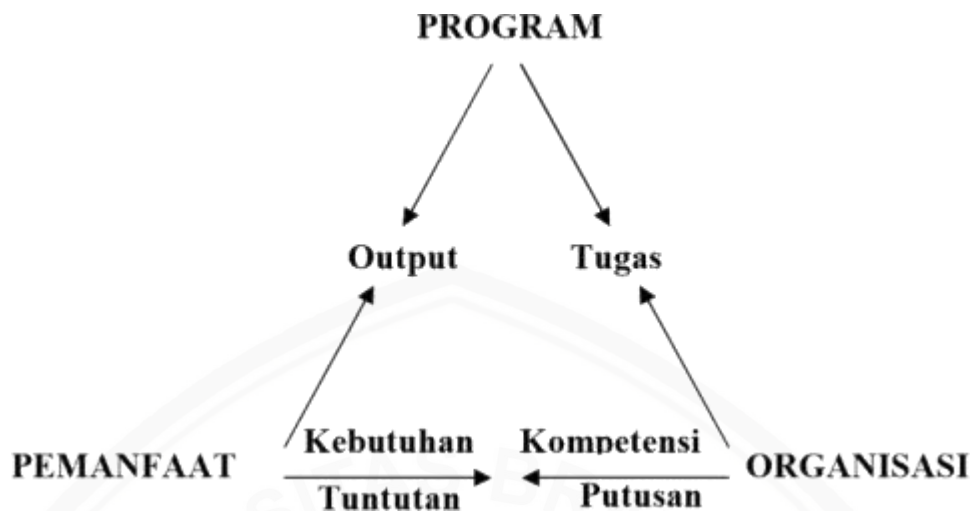
Para pelaksana harus mampu menjalankan program sesuai dengan petunjuk teknis dan petunjuk pelaksana agar tujuan yang diharapkan dapat tercapai.

c). Penerapan atau Aplikasi

Perlu adanya pembuatan prosedur kerja yang jelas agar program kerja dapat berjalan sesuai dengan jadwal kegiatan sehingga tidak berbenturan dengan program lainnya.

Salah satu model yang diungkapkan oleh David C. Korten terkait program. Model ini memakai pendekatan proses pembelajaran dan lebih dikenal dengan model kesesuaian program. Model kesesuaian Korten digambarkan sebagai berikut :

Gambar 1 : Kesesuaian Korten Terkait Program



Sumber: Haedar Akib dan Antonius Tarigan (2000: 12)

Korten (1998) menggambarkan model ini berintikan tiga elemen yang ada dalam pelaksanaan program yaitu program itu sendiri, pelaksanaan program, dan kelompok sasaran program. Korten menyatakan bahwa suatu program akan berhasil dilaksanakan jika terdapat kesesuaian dari tiga unsur implementasi program. Pertama, kesesuaian antara program dengan pemanfaat, yaitu kesesuaian antara apa yang ditawarkan oleh progradengan apa yang dibutuhkan oleh kelompok sasaran (pemanfaat). Kedua, kesesuaian antara program dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara tugas yang disyaratkan oleh program dengan kemampuan organisasi pelaksana. Ketiga, kesesuaian antara kelompok pemanfaat dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara syarat yang diputuskan organisasi untuk dapat memperoleh output program dengan apa yang dapat dilakukan oleh kelompok sasaran program (Haedar Akib dan Antonius Tarigan, 2000: 12).

Berdasarkan pola yang dikembangkan Korten (1998), dapat dipahami bahwa kinerja program tidak akan berhasil sesuai dengan apa yang diharapkan kalau tidak terdapat kesesuaian antara tiga unsur implementasi kebijakan. Hal ini disebabkan apabila output program tidak sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran, jelas output tidak dapat dimanfaatkan. Jika organisasi pelaksana program tidak memiliki kemampuan melaksanakan tugas yang disyaratkan oleh program, maka organisasinya tidak dapat menyampaikan output program dengan tepat. Atau, jika syarat yang ditetapkan organisasi pelaksana program tidak dapat dipenuhi oleh kelompok sasaran, maka kelompok sasaran tidak mendapatkan output program. Oleh karena itu, kesesuaian antara tiga unsur implementasi kebijakan mutlak diperlukan agar program berjalan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

Berbagai pertanyaan di atas dapat menjadi bahan dan pedoman dalam mendefinisikan program kesehatan dalam upaya untuk memahami lebih detail terkait pelaksanaan program GENTASIBU sebagai program kesehatan yang ada di Kabupaten Nganjuk. Kesimpulannya program merupakan interpretasi dari sebuah kebijakan pemerintah yang berisi kumpulan instruksi, yang dibuat untuk memperbaiki permasalahan yang sedang berkembang. Program harus ada dalam pelaksanaan suatu kebijakan.

5. Program GENTASIBU (Gerakan Pengentasan Gizi Buruk)

GENTASIBU adalah gerakan yang dilakukan masyarakat untuk mengentaskan gizi buruk (berat badan sangat kurang) di Kabupaten Nganjuk.

Sebuah program inovatif yang digagas istri bupati Kabupaten Nganjuk Dra Hj Ita Taufiqurrahman, berawal dari daya tanggapnya terhadap tingginya angka gizi buruk di kabupaten Nganjuk, selanjutnya penggagas memunculkan suatu gagasan sebagai penyelesai, yaitu berbentuk suatu gerakan pengentasan gizi buruk (GENTASIBU). Tidak hanya memunculkan namun penggagas juga konsisten mengembangkan gagasan, memperjuangkan hingga disahkan secara resmi melalui Surat Keputusan Bupati No. 188/140/K/411.013/2009.

Program ini mulai dilaksanakan pada tanggal 2 Juni 2009, kemudian sasaran dari program GENTASIBU adalah seluruh balita gizi buruk yang ada di Kabupaten Nganjuk. Kegiatan GENTASIBU meliputi Pemeriksaan kesehatan oleh dokter, pemantauan status gizi dan konseling gizi oleh Ahli gizi dan pemberdayaan orang tua balita, pendampingan tumbuh kembang balita oleh anggota GENTASIBU. Program ini dilaksanakan 1 bulan sekali dengan di dampingi anggota GENTASIBU atau Kader 3 kali dalam seminggu. Tempat-tempat dalam pelaksanaan pelayanan program GENTASIBU berada di semua kecamatan yang ada di Kabupaten Nganjuk yang tersebar di 42 pos GENTASIBU.

Beragam permasalahan di daerah terhadap gizi buruk di kabupaten Nganjuk GENTASIBU sebagai gerakan pengentasan gizi buruk yang secara sukses mampu menurunkan jumlah balita penderita gizi buruk sejak dicanangkannya hingga sekarang. Kesuksesan GENTASIBU mengurangi banyak penderita gizi buruk sudah banyak diketahui masyarakat dan berkat program ini Kabupaten Nganjuk mendapatkan penghargaan dari Presiden RI, yaitu Citra Bhakti Abdi Negara

(CBAN). Kesuksesan GENTASIBU melatarbelakangi munculnya program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Beresiko Tinggi (GERDARISTI) yang baru masuk proses perencanaan pada bulan Maret 2013, gerakan tersebut berbentuk pendampingan sejak ibu hamil 3 bulan sampai melahirkan yang dimaksudkan untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI), konsepannya juga mengadopsi dari GENTASIBU dan pada tahun 2017 muncul program baru yaitu GERMAS sebagai upaya untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan bagi setiap orang untuk hidup sehat agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Adapun tujuan khusus dari gerakan masyarakat hidup sehat adalah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang gaya hidup sehat dalam upaya di bawah payung aksi promotif dan preventif serta menurunkan faktor risiko utama penyakit menular dan tidak menular. Kedua program itu muncul karena untuk mengurangi dampak buruk atau hambatan yang dihadapi oleh GENTASIBU.

D. Gizi

1. Pengertian Gizi

Istilah “gizi” dan “ilmu gizi” di Indonesia mulai dikenal antara tahun 1952-1955, sebagai terjemahan kata bahasa Inggris yaitu “*nutrition*”. Kata gizi berasal dari bahasa Arab yaitu “ghidza” yang berarti makanan. Dalam dialek Mesir, “ghidza” dibaca ghizi. Sedangkan mayoritas orang menerjemahkan *nutrition* dengan mengejanya sebagai nutrisi. Terjemahan ini terdapat dalam Kamus Umum Bahasa Indonesia (KBBI), Gizi merupakan bagian dari sebuah proses, sehingga

menurut Supriasa (2002:54) mengatakan bahwa gizi adalah suatu proses organisme menggunakan bahan yang dikonsumsi secara normal melalui proses pencernaan, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi. Zat gizi merupakan pokok atau substansi dari makanan yang digunakan untuk pertumbuhan, pemeliharaan dan perbaikan jaringan tubuh. Terdapat zat gizi, yaitu: karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air (Devi, 2010:5). Zat gizi tersebut dibagi lagi menjadi zat gizi organik dan anorganik. Zat gizi organik meliputi karbohidrat, lemak, protein, dan vitamin. Sedangkan zat gizi anorganik meliputi mineral dan air.

2. Status Gizi

Manusia memerlukan kebutuhan gizi yang seimbang, keseimbangan gizi ini dapat dilihat dari status gizinya. Status gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh status keseimbangan antara jumlah dan asupan (*intake*) zat gizi dan jumlah yang dibutuhkan (*requirement*) oleh tubuh untuk berbagai fungsi biologis. Status gizi adalah keadaan tubuh yang diakibatkan oleh keseimbangan asupan gizi dengan kebutuhannya (Supriasa, 2002:61).

Sedangkan menurut Almatier (2001), status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Sedangkan keseimbangan tersebut dapat dilihat dari variabel pertumbuhan yaitu berat badan,

tinggi badan, panjang badan, lingkaran lengan, dan panjang tungkai. WHO memberikan standar pengukuran suatu gizi.

Klarifikasi status gizi menurut standar WHO-NCHS berdasarkan Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi dalam LIPI (2004) adalah sebagai berikut:

Tabel 3 Klarifikasi Status Gizi menurut WHO

Indeks	Status Gizi	Ambang Batas
Berat Badan Menurut Umur (BB/U)	Gizi Lebih	$\geq + 2$ SD
	Gizi Baik	$\geq -$ SD sampai $+ 2$ SD
	Gizi Kurang	$\geq - 3$ SD sampai $\leq - 2$ SD
Berat Badan Menurut Umur (BB/U)	Gizi Buruk	$\leq - 3$ SD
Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)	Normal	$\geq - 2$ SD
	Pendek (<i>Stunted</i>)	$\leq - 2$ SD
Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB)	Gemuk	$\geq + 2$ SD
	Normal	$\geq - 2$ SD
	Kurus (<i>Wasted</i>)	$\geq - 3$ SD sampai $\leq - 2$ SD
	Kurus Sekali	$\leq - 3$ SD

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi dalam LIPI (2004)

Jadi pemeriksaan status gizi dapat dilakukan dengan berbagai pemeriksaan, seperti pemeriksaan antropometri, yang meliputi pemeriksaan berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, pemeriksaan klinis dan laboratorium. Selanjutnya dalam penilaian status gizi dapat disimpulkan hasilnya, yaitu gizi baik, gizi cukup, gizi kurang (gizi buruk) (Alimul, 2008:72). Keadaan gizi kurang pada anak-anak mempunyai dampak pada keterlambatan pertumbuhan dan perkembangannya yang sulit disembuhkan. Oleh karena itu anak yang bergizi kurang tersebut

kemampuan untuk belajar dan bekerja serta bersikap akan lebih terbatas dibandingkan dengan anak yang normal. Menurut Suhardjo (2003:26) Dampak yang mungkin muncul dalam pembangunan bangsa di masa depan karena masalah gizi antara lain:

- a) Kekurangan gizi adalah penyebab utama kematian bayi dan anak-anak. Hal ini berkurangnya kuantitas sumber daya manusia di masa depan.
- b) Kekurangan gizi berakibat meningkatnya angka kesakitan dan menurunnya produktivitas kerja manusia. Hal ini berarti akan menambah beban pemerintah untuk meningkatkan fasilitas kesehatan
- c) Kekurangan gizi berakibat menurunnya tingkat kecerdasan anak-anak. Akibatnya diduga tidak dapat diperbaiki bila terjadi kekurangan gizi semasa anak dikandung sampai umur kira-kira tiga tahun.
- d) Menurutnya kualitas manusia usia muda ini, berarti hilangnya sebagian besar potensi cerdas pandai yang sangat dibutuhkan bagi pembangunan bangsa.
- e) Kekurangan gizi berakibat menurunnya daya tahan manusia untuk bekerja, yang berarti menurunnya prestasi dan produktivitas kerja manusia.

3. Gizi Buruk

Gizi buruk tidak hanya berpengaruh pada saat terjangkit, namun akan membawa dampak yang dialami cukup lama oleh penderita, hingga bertambahnya usia sekalipun. Gizi buruk dapat mempengaruhi perkembangan prenatal mulai dari awal kehamilan, jika orang dewasa yang mengalaminya juga akan

mempengaruhi kemampuan fungsionalnya. Kendati demikian, kemungkinan besar periode usia balita lebih rentan dibandingkan usia lainnya. Gizi buruk adalah kondisi kurang gizi dalam tingkat berat disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari dan terjadi didalam waktu yang cukup lama (PERSAGI, 2009:75)

4. Perbaikan Gizi Masyarakat

Gizi buruk perlu dientaskan semaksimal mungkin, melihat berbagai dampak jangka pendek dan jangka panjangnya yang sangat merugikan baik individu maupun makro negara. UU no 36 tentang kesehatan pada pasal VII menyebutkan bahwa upaya perbaikan gizi masyarakat dilakukan melalui.

- a. Perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang;
- b. Perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik, dan kesehatan;
- c. Peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi; dan
- d. Peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi.

Dalam berlangsungnya pengupayaan ini, maka pemerintah, pemerintah daerah dan atau masyarakat bersama-sama menjamin tersedianya bahan makanan yang mempunyai nilai gizi yang tinggi secara merata dan terjangkau. Sedangkan pemerintah berkewajiban menjaga agar bahan makanan memenuhi standarmutu gizi yang ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan. Penyediaan bahan makanan tersebut dapat dilakukan secara lintas sektor dan antar provinsi, antar Kabupaten atau antar kota. Pengupayaan perbaikan gizi ini. Dilakukan pada

seluruh siklus kehidupan sejak dalam kandungan sampai lanjut usia dengan prioritas kepada kelompok rawan: a. Bayi dan balita; b. Remaja perempuan; dan c. Ibu hamil dan menyusui. Adapun kewajiban pemerintah dalam pengupayaan ini adalah:

- a. Pemerintah berkewajiban menjaga agar bahan makanan memenuhi standar mutu gizi yang ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan.
- b. Pemerintah bertanggungjawab menetapkan standar angka kecukupan gizi, standar pelayanan gizi, dan standar tenaga gizi pada berbagai tingkat pelayanan.
- c. Pemerintah bertanggungjawab atas pemenuhan kecukupan asupan gizi pada keluarga miskin dan dalam situasi darurat.
- d. Pemerintah bertanggungjawab terhadap pendidikan dan informasi yang benar tentang gizi kepada masyarakat.
- e. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya gizi dan pengaruhnya terhadap peningkatan status gizi.

E. Balita

Balita adalah anak usia 1-5 tahun (Pohan, 2007:234). Balita atau anak dibawah umur lima tahun adalah anak usia kurang dari lima tahun sehingga bagi usia dibawah satu tahun juga termasuk dalam golongan ini. Namun faal (kerja alat tubuh semestinya) bagi usia dibawah satu tahun berbeda dengan anak usia diatas satu tahun, maka anak dibawah satu tahun tidak termasuk kedalam golongan yang dikatakan balita. Anak usia 1-5 tahun dapat pula dikatakan mulai disapih atau

selepas menyusui sampai dengan pra-sekolah. Sesuai dengan pertumbuhan badan dan perkembangan kecerdasannya. Berdasarkan karakteristiknya balita usia 1-5 tahun dapat dibedakan menjadi dua, yaitu anak yang berumur 1-3 tahun yang dikenal dengan balita merupakan konsumen pasif. Sedangkan usia pra-sekolah lebih dikenal sebagai konsumen aktif (Uripi, 2004:67).



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan dan Jenis Penelitian

Penelitian ini berjudul “Efektivitas Pelaksanaan Program Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) dalam Upaya Pengentasan Gizi Buruk Di Kabupaten Nganjuk (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)”. Pendekatan penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian kualitatif, penelitian kualitatif seperti yang dijelaskan oleh Taylor dan Bogan (1984) dalam Moleong (2012: 4) merupakan penelitian yang menghasilkan data deskriptif mengenai kata-kata lisan maupun tertulis, dan tingkah laku yang dapat diamati dari orang-orang yang diteliti.

Menurut Moleong (2012: 6) menyebutkan bahwa metode penelitian kualitatif lebih mudah menyesuaikan dengan keadaan di lapangan, lebih peka terhadap perubahan pola/nilai dan bahkan data yang ada di lapangan. Menurut Miles dan Huberman (1992) dalam Silalahi (2009: 284) menjelaskan bahwa: “Data Kualitatif merupakan sumber dari deskripsi yang luas dan berlandaskan kukuh, serta memuat penjelasan tentang proses-proses yang terjadi dalam lingkup setempat. Dengan data kualitatif kita dapat mengikuti dan memahami alur peristiwa secara kronologis, menilai sebab akibat dalam lingkup pikiran orang-orang setempat, dan memperoleh penjelasan yang banyak dan bermanfaat. Dan lagi, data kualitatif lebih condong dapat membimbing kita untuk memperoleh

penemuan-penemuan yang tak terduga sebelumnya dan untuk membentuk kerangka teoritis baru, data tersebut membantu para peneliti untuk melangkah lebih jauh dari praduga dan kerangka kerja awal.”

Proses penelitian kualitatif ini mengikuti proses induktif, dimana induktif merupakan proses pengambilan kesimpulan dari umum ke khusus pada umumnya, metode penelitian kualitatif ini digunakan karena kurangnya teori-teori yang berhubungan. Oleh karena itu, hasil pengamatan terhadap objek penelitian diharapkan dapat menciptakan sebuah teori baru. (Kountur, 2004: 17)

Gambar 2 Proses Induktif Penelitian Kualitatif



Sumber: Ronny Kountur (2004: 19)

Bedasarkan jenis penelitiannya, jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Dengan penelitian deskriptif akan mampu menggambarkan serta memecahkan masalah yang terjadi dengan lebih sistematis, faktual dan juga akurat. Penelitian ini menggunakan kerangka berfikir yang dapat menghasilkan tentang cara berfikir dari peneliti serta perilaku peneliti dalam menggambarkan permasalahan yang terjadi. Penelitian ini juga bertujuan untuk memaparkan fakta yang terjadi pada program GENTASIBU apakah dapat dikatakan efektif atau tidak dalam pelaksanaannya untuk mengatasi balita penderita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk, juga program GENTASIBU

dalam pelaksanaanya apa saja dukungan yang didapatkan dan apa saja hambatan-hambatan yang ditemui.

B. Fokus Penelitian

Fokus Penelitian dapat dikatakan sebagai batasan-batasan dalam penelitian yang berguna untuk memudahkan peneliti dalam menentukan data-data yang berjudul “Efektivitas Pelaksanaan Program Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) dalam Upaya Pengentasan Gizi Buruk Di Kabupaten Nganjuk (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)” dengan menggunakan teori pengukuran efektivitas seperti yang dikemukakan oleh Krech, Cruthfied dan Bakkachey yang dalam Danim (2004: 119-120) yaitu sebagai berikut:

1. Efektivitas, merupakan suatu ukuran dalam menentukan tingkat keberhasilan dari suatu program yang dijalankan. Efektivitas Program Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) dapat diukur dari:
 - a) Jumlah hasil yang dapat dikeluarkan, artinya hasil tersebut berupa kuantitas atau bentuk fisik dari organisasi, program atau kegiatan. Hasil dimaksud dapat dilihat dari perbandingan (*ratio*) antara masukan (*input*) dengan keluaran (*output*). Hasil-hasil yang berkaitan dari pelaksanaan program GENTASIBU dalam upaya mengatasi balita penderita gizi buruk adalah sebagai berikut:
 - 1) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui Program GENTASIBU yang sesuai standar Pedoman Respon Cepat Penanggulangan.

- 2) Mengurangi angka balita penderita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk yaitu sebanyak 254 sejak 2009 sampai 2016, dari 524 di tahun 2009 sampai di tahun 2016 sebanyak 270.
- b) Tingkat kepuasan yang diperoleh, artinya ukuran dalam efektivitas ini dapat kuantitatif (berdasarkan pada jumlah) dan dapat kualitatif (berdasarkan pada mutu). Tingkat kepuasan yang diperoleh pada penelitian ini adalah bahwa masyarakat terkhususnya keluarga balita penderita gizi buruk ada sebanyak 82% merasa puas berdasarkan survey yang dilakukan Dinas Kesehatan.
- c) Produk Kreatif, artinya penciptaan hubungan kondisi yang kondusif dalam sebuah program, yang nantinya dapat menumbuhkan inovasi, kreativitas dan kemampuan. Produk kreatif pada hal ini Program GENTASIBU dapat dikatakan sebagai produk kreatif karena program ini ada karena adanya kreativitas, inovasi dan kemauan dari pemerintah Kabupaten Nganjuk. Selain itu program GENTASIBU telah menghasilkan program lain yaitu GERDARISTI dan GERMAS.
- d) Intensitas yang akan dicapai. Artinya memiliki ketaatan yang tinggi dalam suatu tingkatan intens sesuatu, dimana ada rasa saling memiliki dengan kadar yang tinggi. Intensitas pada penelitian ini adalah ketaatan, jangka waktu dan tingkatan dari suatu Program GENTASIBU. Program GENTASIBU berdiri dari tahun 2009 hingga sekarang dan pada setiap tahunnya diadakan 2 kali evaluasi demi terciptanya program yang mampu memenuhi kebutuhan masyarakat dan akan terus dilaksanakan. Selain itu

Intensitas yang dicapai dalam permasalahan pekerja yaitu kader, mereka dipilih melalui kesukarelaan dan hanya dibayar Rp.50,000/bulan maka oleh karena itu kader dapat dikatakan memiliki kadar intens yang tinggi.

2. Faktor Pendukung dan Penghambat

a) Faktor Pendukung

- 1) Sebagai program andalan Kabupaten Nganjuk
- 2) Adanya dukungan dari pihak swasta
- 3) Adanya kepedulian dari pemerintah
- 4) Tersedianya sarana dan prasarana yang memadai
- 5) Kesungguhan kader dalam menangani kasus gizi buruk

b) Faktor Penghambat

- 1) Adanya penyakit permanen
- 2) Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan dari masyarakat
- 3) Ketersediaan pendanaan yang masih sedikit

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Berdasarkan judul penelitian yaitu “Efektivitas Pelaksanaan Program Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) dalam Upaya Pengentasan Gizi Buruk Di Kabupaten Nganjuk (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)” maka penelitian akan dilaksanakan di Kabupaten Nganjuk. Sebagai berikut:

1. Dinas Kesehatan yang beralamatkan di Jalan Dr. Sutomo No. 77 Nganjuk. Adapun yang menjadi situs dalam penelitian ini adalah

Dinas Kesehatan pada bagian Pembinaan Gizi dan Pemeliharaan Kesehatan.

2. Gor Bung Karno, Merupakan tempat diadakannya Evaluasi Semester I Program GENTASIBU
3. Masyarakat, dalam hal ini adalah tempat/rumah kader dan masyarakat khususnya masyarakat yang menderita gizi buruk.

Penelitian ini mengambil lokasi di Kabupaten Nganjuk. Alasan peneliti memilih lokasi ini karena di Kabupaten Nganjuk masih banyak masyarakat yang memiliki kebutuhan gizi yang kurang dimana kebanyakan masyarakat perdesaan perekonomiannya masih dikatakan kurang mampu sehingga mengakibatkan banyaknya generasi penerus bangsa yaitu balita yang kekurangan gizi, dan juga program GENTASIBU seperti halnya sebuah program yang sangat bisa di andalkan sehingga peneliti sangat ingin mengetahui lebih dalam apakah program ini berjalan efektif atau tidak. Lain halnya di Kabupaten Nganjuk juga tempatnya yang begitu strategis dan mudah untuk dijangkau. Selain itu, peneliti juga ingin mengetahui bagaimana kontribusi para kader GENTASIBU dalam menangani permasalahan gizi buruk.

D. Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini yaitu berkaitan dengan data-data yang dapat digunakan untuk perlengkapan dan penyelesaian penelitian ini dalam menjawab

rumusan masalah yang tertera dalam penelitian ini. Penelitian ini memakai dua sumber data yaitu sumber data primer dan sumber data sekunder.

1. Data Primer

Data primer dalam penelitian ini adalah data yang berasal dari informan, dimana informan ini adalah orang yang mempunyai pengaruh penting atau yang menjadi kunci (*key member*) dalam pelaksanaan program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk. Adapun informan yang dimaksud adalah pejabat Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk yang menjalankan atau sebagai pelaksana program GENTASIBU ini, Kader GENTASIBU sebagai eksekutor, dan orang tua balita gizi buruk yang menjadi sasaran program GENTASIBU. Penetapan informan dilakukan dengan memilih orang-orang yang dianggap penting oleh peneliti dan memiliki spesifik yang tepat untuk sampel atau memilih sampel sesuai dengan tujuan yang tertera pada penelitian ini. Penetapan informan ini dilakukan dengan mengambil orang yang dipilih betul oleh peneliti menurut ciri-ciri spesifik yang dimiliki oleh sampel atau memilih sampel yang sesuai dengan tujuan penelitian.

Teknik sampel dalam penelitian ini dinamakan teknik *purposive sampling*, yaitu sampel yang dipilih dengan cermat hingga relevan dengan desain penelitian. *Purposive sampling* menurut Bouma Gary D. (1993: 119) menyatakan bahwa “*Purposive sampling. Some researchers believing that they can, using judgement or intuition, select the best people or groups to be studied*”. Artinya adalah dalam *purposive sampling*, peneliti mempercayai bahwa mereka dapat menggunakan pertimbangannya atau intuisinya untuk memilih orang-orang atau kelompok terbaik untuk dipelajari atau dalam hal ini memberikan informasi yang akurat.

Peneliti akan berusaha agar dalam sampel itu terdapat wakil-wakil dari segala lapisan populasi sehingga dapat dianggap cukup representatif.

2. Data Sekunder

Data sekunder dapat diartikan sebagai data yang diambil dari sumber-sumber tertentu yang bertujuan sebagai pendukung dari data primer antara lain seperti buku-buku yang berkaitan dengan judul penelitian, arsip dari dokumen resmi yang berkaitan dengan judul penelitian. Adapun rincian data sekunder sebagai berikut:

- a) Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
- b) Surat Keputusan Bupati No. 188/140/K/411.013/2009
- c) Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 5 Tahun 2014 tentang Upaya Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu Dan Bayi Di Kabupaten Nganjuk
- d) Rekamedik Identitas Balita Gizi Buruk Tahun 2017
- e) Data Evaluasi Semester I Program GENTASIBU Tahun 2017

E. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan tiga (3) teknik pengumpulan data. Adapun teknik pengumpulan data yang dimaksud adalah sebagai berikut:

1. Observasi

Observasi yaitu mengamati secara langsung objek yang diteliti. Observasi menurut Hadi (1986) dalam Sugiyono (2013: 236) adalah suatu proses yang kompleks, suatu proses yang tersusun dari berbagai proses biologis dan

psikologis. Dua diantara yang terpenting adalah proses-proses pengamatan dan ingatan. Cara ini digunakan untuk mendapatkan data yang tepat, faktual, dan sesuai dengan konteksnya. Oleh karena itu, peneliti melakukan observasi mulai pada lokasi pembuat program Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU), kemudian Tempat dimana diadakannya Evaluasi GENTASIBU, dan juga rumah Kader dan keluarga balita gizi buruk.

Pada intinya observasi yang dilakukan oleh peneliti bertujuan untuk mendalami tentang hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti dengan pihak penyelenggara Program GENTASIBU, dimana observasi ini untuk menemukan banyak persamaan antara hasil wawancara dengan pelaksanaan Program GENTASIBU dengan hasil yang ditemukan dilapangan. Observasi ini dilakukan dalam waktu 1 (satu) bulan dengan alat bantu catatan, alat perekam suara, dan kamera.

2. *Interview* atau wawancara

Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam. Wawancara mendalam (*in-depth interview*) menurut Sutopo (2006: 72) yaitu, proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan informan atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan metode (*guide*) wawancara, dimana pewawancara dan informan terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama.

Hasil dari wawancara yang dilakukan oleh peneliti merupakan data mentah yang selanjutnya diolah dan dianalisis demi mendapatkan hasil penelitian yang

akurat. Berdasarkan hasil wawancara ini diharapkan mampu mengetahui hal-hal yang berhubungan dengan penelitian ini. Pada hal ini, daftar informan dapat dilihat pada lampiran 1, daftar wawancara dengan Kepala Bagian Kesehatan Keluarga Dinkes Kabupaten Nganjuk dapat dilihat pada lampiran 2, dan daftar wawancara dengan kader, keluarga balita gizi buruk dan juga masyarakat dapat dilihat pada lampiran 3. Wawancara dilakukan 2 (minggu) dalam satu bulan dengan durasi 25 menit. Alat bantu pada wawancara ini adalah buku catatan untuk mencatat hasil wawancara dan perekam suara.

3. Dokumentasi

Dokumentasi, yaitu data-data yang diperoleh berdasarkan arsip-arsip yang dimiliki, seperti laporan tertulis yang diperoleh dalam penelitian yang dilakukan. Dokumentasi pada penelitian ini yang terkait wawancara dengan informan dan juga hasil penelitian yang dilakukan. Teknik dokumentasi digunakan pada pengamatan yang dilakukan terkait dengan efektivitas Program GENTASIBU sebagai upaya mengatasi balita penderita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk. Dokumentasi ini dilakukan dalam waktu 1 (satu) bulan dengan menggunakan alat bantu buku catatan dan juga kamera. Pada penelitian ini, Foto dokumentasi terdapat pada lampiran 4 dan juga terdapat beberapa dokumen resmi yang digunakan untuk kegiatan dokumentasi ini yaitu:

- a) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah
- b) Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

- c) Surat Keputusan Bupati No. 188/140/K/411.013/2009
- d) Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 5 Tahun 2014 tentang Upaya Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu Dan Bayi Di Kabupaten Nganjuk
- e) Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 26 Tahun 2013 Tentang Rincian Tugas, Fungsi Dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Nganjuk

F. Instrumen Penelitian

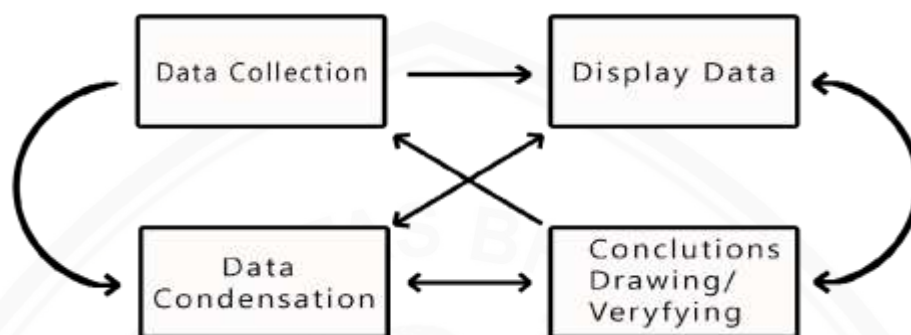
Instrumen penelitian menjelaskan mengenai alat-alat yang dipergunakan untuk membantu pelaksanaan proses penelitian ini. Alat bantu yang digunakan dalam penelitian ini adalah perekam suara, kamera, dan buku catatan. Tiga alat ini digunakan berdasarakan fungsinya, perekam suara berguna untuk merekam wawancara yang digunakan peneliti dengan pihak narasumber disini yang sebagai narasumber adalah pihak Dinkes Kabupaten Nganjuk dan masyarakat. Kamera, digunakan untuk mendokumentasikan gambar-gambar yang dianggap penting dalam penelitian. Buku catatan, digunakan untuk menulis daftar pertanyaan yang digunakan dalam wawancara, dan menulis hasil-hasil yang didapat saat melakukan penelitian pada Dinkes Kabupaten Nganjuk.

G. Analisis Data

Analisis Data merupakan tahap yang paling penting dalam penelitian. Analisis data dilakukan pada tahap awal penelitian dan juga pada saat penelitian dilakukan. Oleh karena itu, analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis milik Miles, Huberman dan Saldana (2014). Analisis dimulai dari

wawancara, observasi, mengedit, mengklarifikasi, selanjutnya aktivitas penyajian data serta menyimpulkan data.

Gambar 3 Analisis Data Model Interaktif



Sumber : Miles dan Huberman (2014: 10)

Miles, Huberman, dan Saldana (2014: 10) mengatakan bahwa analisis data model interaktif tersebut terdiri dari empat alur kegiatan, yaitu sebagai berikut:

1. Pengumpulan Data (Data Collection), yaitu dilaksanakan sejak awal penelitian. Data yang dikumpulkan berasal dari dokumentasi saat penelitian, wawancara, dan observasi yang dilakukan. Kemudian, data tersebut disusun untuk mendukung penyelesaian penelitian ini.

Catatan refleksi yaitu catatan yang memuat kesan, komentar dan tafsiran peneliti tentang temuan yang dijumpai dan merupakan bahan rencana pengumpulan data untuk tahap berikutnya. Untuk mendapatkan catatan ini maka peneliti melakukan wawancara dengan beberapa informan yaitu Kepala bidang Kesga Dinas Kesehatan, Kader GENTASIBU, dan juga Ibu dari balita penderita gizi buruk.

2. Kondensasi data (*Data Condensation*), yaitu merujuk pada proses memilih, menyederhanakan, mengabstrakkan dan mentransformasikan data yang mendekati keseluruhan bagian dari catatan-catatan lapangan secara tertulis, transkrip wawancara, dokumen-dokumen, dan materi-materi empiris lainnya. Dalam hal ini peneliti hanya mengambil data yang berhubungan dengan efektivitas Program GENTASIBU sehingga data yang dipilih seperti Rekamedik Data Balita Gizi buruk, Faktor-faktor yang mempengaruhi Balita gizi buruk, Pelayanan Kesehatan GENTASIBU, Dan data evaluasi pertengahan GENTASIBU tahun 2017.

3. Penyajian Data (*Display Data*), merupakan proses penyusunan informasi yang telah terkumpul sebelumnya baik berupa uraian singkat, bagan, berhubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya yang kemudian dikaitkan dengan kerangka teori yang digunakan.

Dengan penyajian data peneliti akan mengerti dengan apa yang terjadi apakah efektif atau tidak program GENTASIBU, sehingga dapat mengerjakan sesuatu pada analisis data ataupun langkah-langkah lain berdasarkan penelitian tersebut.

4. Kesimpulan (*Conclutions*), merupakan suatu proses penyimpulan dari data-data yang terkumpul yang berkaitan dengan kasus yang ada dalam penelitian.

Dalam alur kesimpulan peneliti mengambil garis besar dari penelitian yang sudah dilakukan apakah program GENTASIBU ini dapat dikatakan efektif atau tidak.

H. Keabsahan Data

Data yang telah dikumpulkan dan dicatat dalam kegiatan penelitian juga harus dibuktikan keabsahannya. Dalam menguji kebenaran data digunakan teknik triangulasi yaitu teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut. Triangulasi terdiri dari empat macam yaitu (Pawito, 2008:100):

1. Triangulasi data yaitu upaya peneliti untuk mengakses sumber-sumber yang lebih bervariasi guna memperoleh data berkenaan dengan persoalan yang sama.
2. Triangulasi metode yaitu upaya peneliti membandingkan temuan data yang diperoleh dengan menggunakan suatu metode tertentu.
3. Triangulasi teori yaitu menunjuk pada penggunaan perspektif teori yang bervariasi dalam menginteprestasi data yang sama.
4. Triangulasi peneliti yaitu dilakukan ketika dua atau lebih peneliti bekerja dalam suatu tim yang meneliti persoalan yang sama.

Di dalam penelitian ini penulis menggunakan triangulasi data. Triangulasi data merupakan persoalan penting lainnya, dan juga bersifat krusial, dalam upaya pengumpulan data dalam konteks penelitian kualitatif, cara ini mengarahkan penulis agar dalamnya pengumpulan data tentang efektivitas program GENTASIBU, peneliti wajib menggunakan beragam sumber data yang tersedia. Artinya, data yang sama atau sejenis akan lebih mantap kebenarannya bila digali dari berbagai sumber yang berbeda.

Pada penelitian dengan model triangulasi, dimana dalam mencari data tidak hanya mendasarkan pada suatu kelompok informan saja, misalnya hanya orang-orang Dinas Kesehatan, Kader GENTASIBU, Masyarakat keluarga balita gizi buruk. Hal ini dimaksudkan untuk menjaga keabsahan data yang diambil, sehingga apabila terdapat manipulasi informasi dari informan, maka dapat diantisipasi sesegera mungkin.

Metode Triangulasi yang digunakan untuk menguji keabsahan data yang diperoleh diharapkan data yang terkumpul dalam seluruh rangkaian proses pengumpulan data merupakan data yang valid dan dapat dianalisis dengan baik. Dapat memberikan informasi yang lengkap tentang apakah program GENTASIBU dapat dikatakan efektif atau tidak dan dukungan atau hambatan apa saja yang didapatkan dalam pelaksanaan program GENTASIBU.

BAB 1V

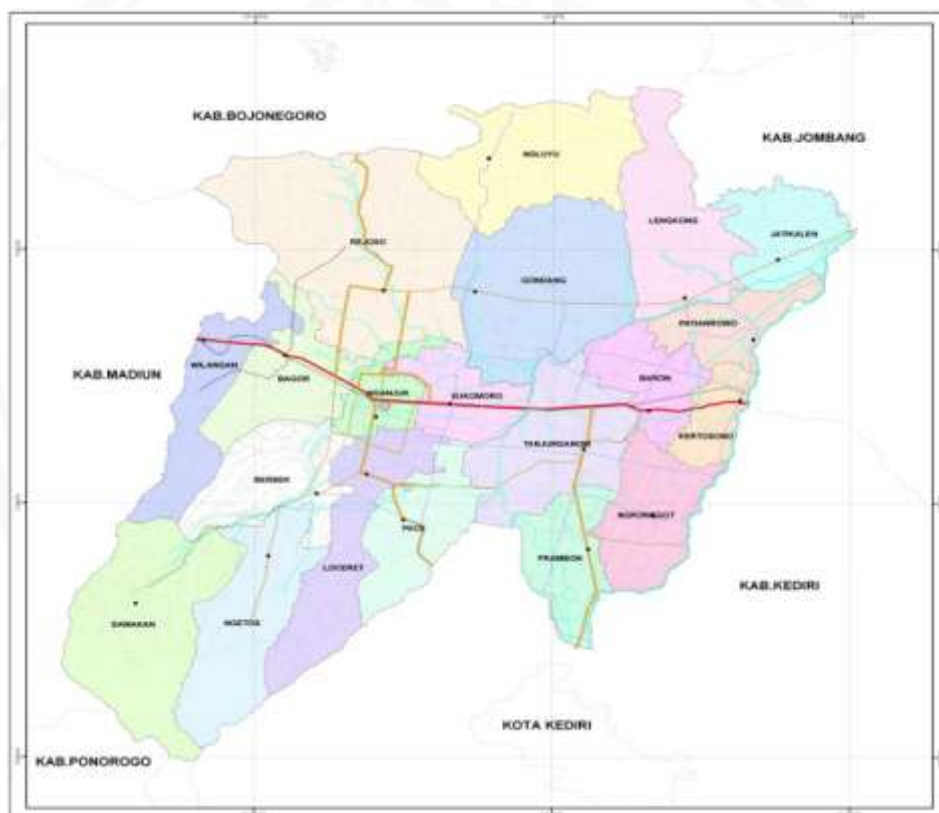
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi dan Situs Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

a. Letak Geografis

Gambar 4 Peta Wilayah Kabupaten Nganjuk



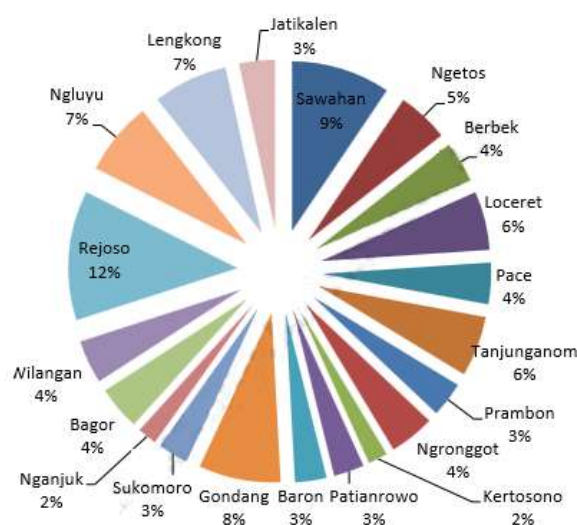
Sumber : *Badan Pusat Statistik Kabupaten Nganjuk (2017)*

Kabupaten Nganjuk adalah sebuah kabupaten di Provinsi Jawa Timur. Kabupaten ini berbatasan dengan Kabupaten Bojonegoro di utara, Kabupaten Jombang di timur, Kabupaten Kediri dan Kabupaten Ponorogo di selatan, serta

Kabupaten Madiun di barat. Pada zaman Kerajaan Medang, Nganjuk dikenal dengan nama Anjuk Ladang yaitu Tanah kemenangan. Nganjuk juga dikenal dengan julukan Kota Angin.

Kabupaten Nganjuk terletak antara $111^{\circ}5'$ sampai dengan $112^{\circ}13'$ BT dan $7^{\circ}20'$ sampai dengan $7^{\circ}59'$ LS. Luas Kabupaten Nganjuk adalah sekitar 122.433,10 km². Dengan wilayah yang terletak di dataran rendah dan pegunungan, Kabupaten Nganjuk memiliki kondisi dan struktur tanah yang cukup produktif untuk berbagai jenis tanaman, baik tanaman pangan maupun tanaman perkebunan sehingga sangat menunjang pertumbuhan ekonomi dibidang pertanian. Kondisi dan struktur tanah yang produktif ini sekaligus ditunjang adanya sungai Widas yang mengalir sepanjang 69,332 km dan mengairi daerah seluas 3.236 Ha, dan sungai Brantas yang mampu mengairi sawah seluas 12.705 Ha.

Gambar 5 Luas Wilayah Menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk (Km2)



Sumber: *Badan Pusat Statistik Kabupaten Nganjuk (2017: 4)*

Tabel 4 Luas Wilayah Menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk
Tahun 2016

No	Kecamatan	Luas	Persentase
1	Sawahan	11.588,60	9,47
2	Ngentos	6.021,20	4,92
3	Berbek	4.829,70	3,94
4	Loceret	6.869,50	5,61
5	Pace	4.845,70	3,96
6	Tanjunganom	7.084,20	5,79
7	Prambon	4.115,80	3,36
8	Ngronggot	5.298,50	4,33
9	Kertosono	2.267,50	1,85
10	Patianrowo	3.559,30	2,91
11	Baron	3.680,20	3,01
12	Gondang	9.594,30	7,84
13	Sukomoro	3.538,80	2,89
14	Nganjuk	2.258,60	1,84
15	Bagor	5.115,30	4,18
16	Wilangan	5.063,90	4,14
17	Rejoso	15.166,30	12,39
18	Ngluyu	8.614,90	7,04
19	Lengkong	8.717,30	7,12
20	Jatikalen	4.203,50	3,43
	Nganjuk	122.433,10	100,00

Sumber : *Badan Pusat Statistik Kabupaten Nganjuk (2017: 7)*

b. Sejarah Kabupaten Nganjuk

Nganjuk dahulunya bernama Anjuk Ladang yang dalam bahasa Jawa Kuno berarti Tanah Kemenangan. Dibangun pada tahun 859 Caka atau 937 Masehi. Berdasarkan peta Jawa Tengah dan Jawa Timur pada permulaan tahun 1811 yang terdapat dalam buku tulisan Peter Carey yang berjudul : ”*Orang Jawa dan*

masyarakat Cina (1755-1825)”, penerbit Pustaka Azet, Jakarta, 1986; diperoleh gambaran yang agak jelas tentang daerah Nganjuk. Apabila dicermati peta tersebut ternyata daerah Nganjuk terbagi dalam 4 daerah yaitu Berbek, Godean, Nganjuk dan Kertosono merupakan daerah yang dikuasai Belanda dan kasultanan Yogyakarta, sedangkan daerah Nganjuk merupakan mancanegara kasunanan Surakarta.

Sejak adanya Perjanjian Sepreh 1830, atau tepatnya tanggal 4 Juli 1830, maka semua kabupaten di Nganjuk (Berbek, Kertosono dan Nganjuk) tunduk di bawah kekuasaan dan pengawasan Nederlandsch Gouvernement. Alur sejarah Kabupaten Nganjuk adalah berangkat dari keberadaan kabupaten Berbek di bawah kepemimpinan Raden Toemenggoeng Sosrokoesoemo I. Di mana tahun 1880 adalah tahun suatu kejadian yang diperingati yaitu mulainya kedudukan ibukota Kabupaten Berbek pindah ke Kabupaten Nganjuk.

Dalam Statsblad van Nederlansch Indie No.107 yang dikeluarkan pada tanggal 4 Juni 1885 dimana memuat SK Gubernur Jendral dari Nederlandsch Indie tanggal 30 Mei 1885 Nomor 4/C tentang batas-batas Ibukota Toeloeng Ahoeng, Trenggalek, Ngandjoek dan Kertosono, antara lain disebutkan: *III tot hoofdplaats Ngandjoek, afdeling Berbek, de navalgende Wijken en kampongs : de Chineeshe Wijk de kampong Mangoendikaran de kampong Pajaman de kampong Kaoeman*. Dengan ditetapkannya Kota Nganjuk yang meliputi kampung dan desa tersebut di atas menjadi ibukota Kabupaten Nganjuk, maka secara resmi pusat pemerintahan Kabupaten Berbek berkedudukan di Nganjuk.

c. Lambang Kabupaten Nganjuk

Gambar 6 Lambang Kabupaten Nganjuk



Sumber : <https://Nganjukkab.bps.go.id> (diakses 12 September 2017)

Lambang Daerah terdiri atas 4 bagian, yaitu :

- a) Dasar Lambang
- b) Bagian atas, berisi gambar bintang bersudut 5
- c) Bagian tengah dan samping berisi gambar-gambar sebagai berikut :
 - Pita bertuliskan *Baswara Yudhia Karana*
 - Rantai berbentuk lingkaran
 - Gunung dan air terjun
 - Sawah dan sungai
 - Padi dan kapas
 - Pohon beringin dalam segilima beraturan
 - Sayap
- d) d. Bagian bawah berisi :
 - Pita bertuliskan angka JAWA
 - Pita bertuliskan NGANJUK

Secara garis besar, makna lambang NGANJUK tersebut dapat diuraikan sebagai berikut: Perisai bersudut lima berdasar biru dan bertepi putih melambangkan jiwa kerakyatan, kesetiaan dan kesucian masyarakat Nganjuk yang selalu siaga dalam menghadapi segala tantangan. Bintang bersudut lima berwarna emas melambangkan Ketuhanan Yang Maha Esa, cita-cita luhur dan suci sebagai pedoman perjuangan untuk mewujudkan cita-cita masyarakat adil dan makmur. Sedangkan *Baswara Yudhia Karana* artinya cemerlang karena perjuangan.

Rantai berbentuk lingkaran melambangkan kebulatan tekad rakyat Nganjuk, yang dilandasi semangat perjuangan dan persatuan. Tiga puncak gunung berwarna hitam memiliki arti filosofis Tri Dharma Amerta dan secara historis menunjukkan Jaman Kejayaan Nasional, Jaman Penjajahan dan Jaman Kemerdekaan. Gunung, melambangkan sumber kekayaan alam air terjun sedudo adalah air suci pemberian Tuhan Yang Maha Esa, yang merupakan rahmat untuk dinikmati oleh umat-Nya. Sawah mengandung makna kemakmuran, dan sungai juga bermakna kemakmuran dan kesuburan. Gunung berpuncak tiga, sawah dan sungai digambarkan dalam rantai yang berbentuk lingkaran, itu mempunyai makna : Dengan tekad yang bulat dan kekayaan alam yang melimpah memberikan keyakinan kepada masyarakat Nganjuk untuk berjuang mewujudkan tercapainya masyarakat adil dan makmur.

Padi dan kapas melambangkan pangan dan sandang yang menjadi kebutuhan pokok rakyat sehari-hari. Jumlah padi 17 butir, kapas 8 buah, daun padi 4 helai, daun kapas 5 helai mencerminkan semangat dan jiwa proklamasi 17-8-45. Pohon beringin berdaun lima kelompok dalam segi lima beraturan bermakna: pengayoman, perlindungan dan perdamaian, serta juga menggambarkan adanya

lima wilayah kerja pembantu bupati. Sayap dengan 20 helai bulu berwarna emas melambangkan wilayah daerah terdiri dari 20 kecamatan. Pita bertuliskan angka Jawa yang mengikat dua pangkal sayap mewujudkan angka 937 M, yang merupakan ditetapkan tahun hari jadi Nganjuk. Secara keseluruhan, lambang daerah ini mengandung makna sebagai berikut : Dengan semangat dan jiwa proklamasi 17 Agustus 1945 rakyat Nganjuk yang telah tumbuh dan berkembang sejak tahun 937 M, bersama Pemerintah Daerah yang berwibawa bertekad bulat untuk berjuang terus dengan segala potensi daerahnya, sehingga tercapai cita-cita luhur, masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan UUD 1945.

d. Visi dan Misi Kabupaten Nganjuk

Visi dari Kabupaten Nganjuk adalah **“Terwujudnya Kejayaan Masyarakat Kabupaten Nganjuk Yang Maju, Adil, Sejahtera, Tenteram, dan Demokratis Berlandaskan Moral Agama”**. Pemahaman atas pernyataan visi tersebut mengandung makna terjalannya sinergi yang dinamis antara masyarakat, Pemerintah Kabupaten dan seluruh stakeholder dalam merealisasikan pembangunan Kabupaten Nganjuk secara terpadu. Secara filosofis visi tersebut dapat dijelaskan melalui makna yang terkandung di dalamnya, yaitu :

- 1) **Terwujudnya** terkandung upaya dan peran Pemerintah Daerah dalam mewujudkan Kabupaten Nganjuk yang maju, adil, sejahtera, tenteram dan demokratis yang berlandaskan moral agama.
- 2) **Kejayaan** adalah suatu keadaan/kondisi masyarakat yang memiliki nilai lebih sehingga menjadikan besar dan terkenal.

- 3) **Masyarakat** adalah sejumlah manusia dalam arti seluas-luasnya dan terikat oleh suatu kebudayaan yang mereka anggap sama.
- 4) **Kabupaten Nganjuk** adalah satu kesatuan masyarakat hukum dengan segala potensi dan sumber dayanya dalam sistem Pemerintahan di Wilayah Kabupaten Nganjuk.
- 5) **Maju** adalah suatu kondisi daerah yang adaptif terhadap perkembangan global yang terjadi serta antisipatif terhadap berbagai ekspek baik negatif maupun positif, yang mungkin akan muncul akibat dari perubahan global itu sendiri sehingga daerah dapat menempatkan diri dan memainkan peran secara positif dan sinergis dalam perekonomian global dan regional.
- 6) **Adil** adalah perwujudan kesamaan hak dan kewajiban dalam segala aspek kehidupan tanpa membedakan latar belakang suku, agama, ras dan golongan. Oleh karena itu orientasi pembangunan tidak hanya diarahkan pada upaya untuk mengejar pertumbuhan saja namun juga berupaya semaksimal mungkin agar pertumbuhan itu hasilnya sekaligus dapat dinikmati secara adil dan merata oleh semua lapisan masyarakat.
- 7) **Sejahtera** adalah kondisi kehidupan individu dan masyarakat yang aman, sentosa dan makmur terpenuhi kebutuhan lahir dan batin.
- 8) **Tenteram** adalah suatu situasi yang menimbulkan rasa aman, damai dan tenang.
- 9) **Demokratis** adalah Pemerintah Daerah yang mampu menampung aspirasi masyarakat dalam segala aspek kehidupan dengan mengutamakan musyawarah untuk mufakat sehingga tercapai kesepakatan dan

keseimbangan dalam tatanan kehidupan berbangsa, bernegara dan bermasyarakat.

10) Berlandaskan Moral Agama adalah kondisi kehidupan sosial budaya yang berlandaskan nilai-nilai agama sehingga memperkuat sendi-sendi kehidupan masyarakat dan mampu menjaga keseimbangan perilaku masyarakat yang berbudaya.

Sedangkan Misi dari Kabupaten Nganjuk adalah:

- 1) Meningkatkan ekonomi masyarakat melalui pembangunan pertanian, industri, perdagangan dan pariwisata yang berwawasan lingkungan dengan didukung oleh ketersediaan infrastruktur yang memadai.
- 2) Meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan, pendidikan dan sosial.
- 3) Meningkatkan pelayanan prima melalui penyelenggaraan pemerintahan yang baik dan bersih yang didukung oleh profesionalisme aparatur serta menciptakan kehidupan masyarakat yang tenteram dan tertib berlandaskan moral agama.

e. Jumlah Penduduk Kabupaten Nganjuk

Jumlah penduduk di Kabupaten Nganjuk sebanyak 1.045.375 Jiwa dengan kurang lebih 36% penduduk tinggal di perkotaan dan sisanya 64% tinggal di pedesaan. Berikut ini data Jumlah Penduduk dan Laju Pertumbuhan Penduduk Menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk pada tahun 2014-2016:

Tabel 5 Jumlah Penduduk dan Laju Pertumbuhan Penduduk Menurut Kecamatan
di Kabupaten Nganjuk Tahun 2014-2016

No	Kecamatan	Jumlah Penduduk			Laju Pertumbuhan Penduduk per Tahun	
		2014	2015	2016	2014-2015	2015-2016
1	Sawahan	36.726	36.862	36.984	0.37	0.33
2	Ngentos	34.610	34.695	34.768	0.25	0.21
3	Berbek	54.590	54.742	54.875	0.28	0.24
4	Loceret	69.912	70.083	70.230	0.24	0.21
5	Pace	59.454	59.504	59.535	0.08	0.05
6	Tanjunganom	111.540	112.140	112.709	0.54	0.51
7	Prambon	70.147	70.473	70.777	0.46	0.43
8	Ngronggot	77.282	77.744	78.184	0.60	0.57
9	Kertosono	53.029	53.124	53.202	0.18	0.15
10	Patianrowo	41.662	41.807	41.939	0.35	0.32
11	Baron	48.993	49.169	49.327	0.36	0.32
12	Gondang	50.678	50.784	50.873	0.21	0.18
13	Sukomoro	43.000	43.312	43.610	0.73	0.69
14	Nganjuk	67.615	67.962	68.288	0.51	0.48
15	Bagor	58.047	58.303	58.542	0.44	0.41
16	Wilangan	27.278	27.339	27.391	0.22	0.19
17	Rejoso	67.711	68.020	68.307	0.46	0.42
18	Ngluyu	13.806	13.820	13.829	0.10	0.07
19	Lengkong	31.800	31.911	32.011	0.35	0.31
20	Jatikalen	19.843	19.922	19.994	0.40	0.36
	Jumlah / Total	1.037.723	1.041.716	1.045.375	0.38	0.35

Sumber: Badan Pusat Statistik Kabupaten Nganjuk (2017: 46)

Gambar 7 Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Nganjuk



Sumber : Badan Pusat Statistik Kabupaten Nganjuk (2017: 45)

Tabel 6 Jumlah Penduduk dan Rasio Jenis Kelamin Menurut Kecamatan di Kabupaten Nganjuk

No	Kecamatan	Penduduk			
		Laki-Laki	Perempuan	Jumlah	Rasio Jenis Kelamin
1	Sawahan	18.396	18.588	36.984	98.97
2	Ngentos	17.372	17.396	34.768	99.86
3	Berbek	27.543	27.332	54.875	100.77
4	Loceret	34.903	35.327	70.230	98.80
5	Pace	29.538	29.997	59.535	98.47
6	Tanjunganom	55.815	56.894	112.709	98.10
7	Prambon	35.243	35.534	70.777	99.18
8	Ngronggot	39.335	38.849	78.184	101.25
9	Kertosono	26.271	26.931	53.202	97.55
10	Patianrowo	20.986	20.953	41.939	100.16
11	Baron	24.700	24.627	49.327	100.30
12	Gondang	25.454	25.419	50.873	100.14
13	Sukomoro	21.873	21.737	43.610	100.63

No	Kecamatan	Penduduk			
		Laki-Laki	Perempuan	Jumlah	Rasio Jenis Kelamin
14	Nganjuk	33.305	34.983	68.288	95.20
15	Bagor	28.887	29.655	58.542	97.41
16	Wilangan	13.562	13.829	27.391	98.07
17	Rejoso	33.835	34.472	68.307	98.15
18	Ngluyu	6.834	6.995	13.829	97.70
19	Lengkong	15.931	16.080	32.011	99.07
20	Jatikalen	9.934	10.060	19.994	98.75
	Jumlah / Total	519.717	525.658	1.045.375	98.87

Sumber: *Badan Pusat Statistik Kabupaten Nganjuk (2017: 47)*

Dari tabel 5 dan 6 menunjukkan bahwa jumlah penduduk Kabupaten setiap tahunnya mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2014 jumlah Penduduk Kabupaten Nganjuk adalah 1.037.723 dan di tahun 2016 ada 1.045.375 jiwa, dengan rincian jumlah penduduk laki-laki sebesar 519.717 jiwa dan jumlah penduduk perempuan sebesar 525.658 jiwa. Tingkat kepadatan penduduk Kabupaten Nganjuk selalu meningkat dari tahun ke tahun, yaitu 817 jiwa per km² pada tahun 2008 menjadi 838 jiwa per km² pada tahun 2012 dan di tahun 2014 kepadatan pendudukan mencapai 848 jiwa per km² menjadi 854 jiwa per km² di tahun 2016.. Hasil Sensus Penduduk tahun 2010 menunjukkan bahwa komposisi penduduk di Kabupaten Nganjuk didominasi oleh penduduk muda dan dewasa. Namun demikian komposisi penduduk anak-anak dibawah 14 tahun masih cukup tinggi yaitu 24.62 persen. Sedangkan penduduk pada kelompok umur 20–24 tahun mengalami penurunan, hal ini bisa dijelaskan karena sebagian penduduk pada

kelompok umur tersebut tinggal diluar wilayah Kabupaten Nganjuk baik untuk bekerja maupun melanjutkan sekolah ke Perguruan Tinggi (Bappeda, 2017:6).

f. Pemerintahan Kabupaten Nganjuk

Berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 41 Tahun 2016 Tentang Kedudukan dan Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Sekretariat Daerah Kabupaten Nganjuk, Kabupaten Nganjuk dalam pemerintahannya tersusun dalam struktur organisasi yang saling berkaitan satu sama lain, sebagai berikut:

1) Sekretariat Daerah

A. Asisten Pemerintahan dan Kesejahteraan Rakyat;

1. Bagian Administrasi Pemerintahan Umum

- a) Sub Bagian Pemerintahan
- b) Sub Bagian Wilayah dan Kerjasama
- c) Sub Bagian Fasilitasi Pertanahan

2. Bagian Hukum

- a) Sub Bagian Perundang-undangan
- b) Sub Bagian Bantuan Hukum
- c) Sub Bagian Pembinaan Produk Hukum Desa

3. Bagian Administrasi Kesejahteraan dan Kemasyarakatan

- a) Sub Bagian Kesejahteraan Rakyat
- b) Sub Bagian Kemasyarakatan

B. Asisten Perekonomian dan Pembangunan.

1. Bagian Administrasi Perekonomian

- a) Sub Bagian Perekonomian
- b) Sub Bagian Badan Usaha, Budaya dan Pariwisata
- 2. Bagian Administrasi Sumber Daya Alam
 - a) Sub Bagian Pertanian
 - b) Sub Bagian Pertambangan, Energi dan Lingkungan Hidup
- 3. Bagian Administrasi Pembangunan
 - a) Sub Bagian Program dan Laporan
 - b) Sub Bagian Pekerjaan Umum dan Perhubungan
- 4. Bagian Layanan Pengadaan Barang/Jasa mempunyai tugas
 - a) Sub Bagian Pengelolaan Administrasi Pengadaan Barang/Jasa
 - b) Sub Bagian Pembinaan Sumber Daya Manusia dan Hukum
- C. Asisten Administrasi Umum
 - 1. Bagian Umum
 - a) Sub Bagian Tata Usaha
 - b) Sub Bagian Rumah Tangga
 - 2. Bagian Organisasi
 - a) Sub Bagian Kelembagaan dan Analisis Jabatan
 - b) Sub Bagian Pengembangan Kinerja
 - c) Sub Bagian Ketatalaksanaan
 - 3. Bagian Hubungan Masyarakat
 - a) Sub Bagian Hubungan Masyarakat
 - b) Sub Bagian Protokol
 - 4. Bagian Keuangan, Kepegawaian dan Perlengkapan

- a) Sub Bagian Keuangan
- b) Sub Bagian Kepegawaian, Program dan Evaluasi
- c) Sub Bagian Perlengkapan

2) Dinas

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 8 Tahun 2016 Tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Nganjuk Berikut adalah daftar seluruh Dinas di Kabupaten Nganjuk:

- a) Dinas Pendidikan ;
- b) Dinas Kesehatan ;
- c) Dinas Sosial, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak ;
- d) Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana ;
- e) Dinas Perhubungan ;
- f) Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil ;
- g) Dinas Pariwisata, Kepemudaan, Olah Raga dan Kebudayaan ;
- h) Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa ;
- i) Dinas Tenaga Kerja, Koperasi dan Usaha Mikro;
- j) Dinas Komunikasi dan Informatika ;
- k) Dinas Perindustrian dan Perdagangan ;
- l) Dinas Pertanian ;
- m) Dinas Ketahanan Pangan dan Perikanan Daerah ;
- n) Dinas Lingkungan Hidup ;

- o) Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu ;
- p) Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang ;
- q) Dinas Perumahan Rakyat ;
- r) Dinas Kearsipan dan Perpustakaan.

3) Badan, Lembaga Teknis, dan Kantor

- a) Inspektorat Daerah ;
- b) Badan Perencanaan Pembangunan Daerah;
- c) Badan Kepegawaian Daerah ;
- d) Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintahan Desa Daerah ;
- e) Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana Daerah;
- f) Badan Pelayanan Perizinan Terpadu Daerah ;
- g) Kantor Ketahanan Pangan Daerah ;
- h) Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Daerah ;
- i) Kantor Perpustakaan dan Arsip Daerah ;
- j) Kantor Lingkungan Hidup Daerah ;
- k) Badan Narkotika Kabupaten ;
- l) Satuan Polisi Pamong Praja.

4) Kecamatan

- a) Kecamatan Nganjuk ;
- b) Kecamatan Wilangan ;
- c) Kecamatan Bagor ;
- d) Kecamatan Sukomoro ;

- e) Kecamatan Tanjunganom ;
- f) Kecamatan Pace ;
- g) Kecamatan Prambon ;
- h) Kecamatan Berbek ;
- i) Kecamatan Sawahan ;
- j) Kecamatan Ngetos ;
- k) Kecamatan Loceret ;
- l) Kecamatan Kertosono ;
- m) Kecamatan Baron ;
- n) Kecamatan Ngronggot ;
- o) Kecamatan Patianrowo ;
- p) Kecamatan Lengkon ;
- q) Kecamatan Jaticalen ;
- r) Kecamatan Gondang ;
- s) Kecamatan Ngluyu ;
- t) Kecamatan Rejoso.

5) Kelurahan

- a) Kelurahan Ploso ;
- b) Kelurahan Payaman ;
- c) Kelurahan Kartoharjo ;
- d) Kelurahan Kauman ;
- e) Kelurahan Ringinanom ;
- f) Kelurahan Begadung ;
- g) Kelurahan Cangkringan ;
- h) Kelurahan Bogo ;
- i) Kelurahan Ganung Kidul ;
- j) Kelurahan Mangundikaran ;
- k) Kelurahan Werungotok ;
- l) Kelurahan Kramat ;
- m) Kelurahan Jatirejo ;
- n) Kelurahan Banaran ;
- o) Kelurahan Kedondong ;
- p) Kelurahan Guyangan ;
- q) Kelurahan Kapas ;
- r) Kelurahan Sukomoro ;
- s) Kelurahan Tanjunganom ;
- t) Kelurahan Warujayeng.

2. Gambaran Umum Situs Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk

Dinas Kesehatan merupakan unsur pelaksana otonomi daerah dalam bidang kesehatan dan dipimpin langsung oleh seorang Kepala Dinas (Kadin). Kadin berkedudukan di bawah bupati serta bertanggung jawab langsung pada Bupati melalui Sekretaris Daerah (Sekda) dan juga memiliki tugas pokok yaitu melaksanakan urusan pemerintah daerah sesuai dengan asas otonomi serta kewajiban pembantuan dalam bidang kesehatan di lingkup daerah atau kabupaten.

Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Organisasi Perangkat Daerah maka Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk masuk dalam dinas yang bertitik berat pada bidang kesehatan. Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk berada di Jalan Dr. Soetomo Nomor 77 Kabupaten Nganjuk atau berada di pusat pemerintahan Kabupaten Nganjuk.

Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk mempunyai 100 (seratus) orang pegawai. Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan di bidang kesehatan. Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk juga mempunyai beberapa fungsi antara lain perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan, penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan, pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang kesehatan, dan pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

a. Tugas Pokok, Fungsi, dan Tugas Masing-Masing Bidang Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk

Adapun yang menjadi tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk telah tercantum dalam Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 41 Tahun 2016 Tentang Kedudukan dan Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk yaitu antara lain, sebagai berikut:

A. Tugas Pokok

Dinas Kesehatan mempunyai tugas tugas melaksanakan urusan Pemerintahan Daerah di bidang Kesehatan.

B. Fungsi

Dinas Kesehatan mempunyai fungsi :

- a) perumusan kebijakan teknis dibidang Kesehatan;
- b) pelaksanaan kebijakan teknis urusan pemerintahan di bidang Kesehatan;
- c) pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang Kesehatan ;
- d) pelaksanaan administrasi Dinas Kesehatan;
- e) pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

C. Tugas Masing-Masing Bidang

1. Kepala Dinas

Kepala Dinas Kesehatan mempunyai tugas merumuskan kebijakan teknis, melaksanakan kebijakan teknis, evaluasi dan pelaporan serta melaksanakan tugas di bidang Kesehatan.

2. Sekretariat

Sekretariat mempunyai tugas melaksanakan koordinasi penyusunan program dan penyelenggaraan tugas-tugas bidang secara terpadu dan tugas pelayanan administratif.

Sekretariat mempunyai fungsi :

- a) pengoordinasian penyusunan program dan evaluasi;
- b) pengoordinasian penyelenggaraan tugas-tugas bidang secara terpadu;
- c) pelayanan administrasi;
- d) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

1) Sub Bagian Umum

Sub Bagian Umum mempunyai tugas :

- a) melaksanakan kegiatan ketatausahaan dan ketatalaksanaan;
- b) melaksanakan urusan kerumahtanggaan, perlengkapan dan keprotokolan;
- c) melaksanakan pelayanan administrasi kepegawaian;

- d) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Sekretaris sesuai dengan tugasnya.

2) Sub Bagian Keuangan

Sub Bagian Keuangan mempunyai tugas :

- a) menyiapkan bahan dan data untuk penyusunan anggaran;
- b) menyusun rencana anggaran (RKA-SKPD dan DPA-SKPD);
- c) melaksanakan tertib administrasi keuangan;
- d) menyusun laporan keuangan;
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris sesuai dengan tugasnya.

3) Sub Bagian Program dan Evaluasi

Sub Bagian Program dan Evaluasi mempunyai tugas :

- a) melaksanakan koordinasi penyusunan program kegiatan;
- b) melaksanakan penyusunan program kegiatan;
- c) melaksanakan penyusunan laporan kegiatan;
- d) melaksanakan evaluasi pelaksanaan program;
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris sesuai dengan tugasnya.

3. Bidang Kesehatan Masyarakat

Bidang Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang kesehatan keluarga, gizi, promosi, pemberdayaan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga.

Bidang Kesehatan Masyarakat mempunyai fungsi:

- a) penyiapan perumusan kebijakan operasional di bidang kesehatan keluarga, gizi, promosi Kesehatan, pemberdayaan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga;
- b) penyiapan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang kesehatan keluarga, gizi, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga;
- c) penyiapan bimbingan teknis dan supervisi di bidang kesehatan keluarga, gizi, promosi Kesehatan, pemberdayaan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga; dan
- d) pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan keluarga, gizi, promosi Kesehatan, pemberdayaan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga.
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugasnya.

1) Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi

Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi mempunyai tugas:

- a) merumuskan kebijakan operasional di bidang kesehatan keluarga, gizi;
- b) melaksanakan kebijakan operasional di bidang kesehatan keluarga, gizi;
- c) melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi di bidang kesehatan keluarga, gizi; dan
- d) memantau, mengevaluasi dan melaporkan di bidang kesehatan keluarga, gizi.
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat sesuai dengan tugasnya.

2) Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat

Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat mempunyai tugas :

- a) merumuskan kebijakan operasional di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
- b) melaksanakan kebijakan operasional di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
- c) melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
- d) memantau, mengevaluasi dan melaporkan di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat sesuai dengan tugasnya.

3) Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga

Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga mempunyai tugas :

- a) merumuskan kebijakan operasional di bidang Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga;
- b) melaksanakan kebijakan operasional di bidang Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga;
- c) melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi di bidang Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga;
- d) memantau, mengevaluasi dan melaporkan di bidang Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga.
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat sesuai dengan tugasnya.

4. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mempunyai tugas :

Melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa.

Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mempunyai fungsi :

- a) penyiapan perumusan kebijakan operasional di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular,

- pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa;
- b) penyiapan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa;
 - c) penyiapan bimbingan teknis dan supervisi di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa; dan
 - d) pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa;
 - e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugasnya.

1) Seksi Surveilans dan Imunisasi

Seksi Surveilans dan Imunisasi mempunyai Tugas:

- a) merumuskan kebijakan operasional di bidang surveilans dan imunisasi;
- b) melaksanakan kebijakan operasional di bidang surveilans dan imunisasi;

- c) melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi di bidang surveilans dan imunisasi;
- d) melaksanakan Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang surveilans dan imunisasi;
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sesuai dengan tugasnya.

2) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular mempunyai tugas:

- a) merumuskan kebijakan operasional di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit menular;
- b) melaksanakan kebijakan operasional di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit menular;
- c) melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit menular
- d) melaksanakan Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit menular
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sesuai dengan tugasnya.

3) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa

Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan

Jiwa mempunyai tugas:

- a) merumuskan kebijakan operasional di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa;
- b) melaksanakan kebijakan operasional di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa;
- c) melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa
- d) melaksanakan Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sesuai dengan tugasnya.

5. Bidang Pelayanan Kesehatan

Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas :

Melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan termasuk peningkatan mutunya, serta pelayanan kesehatan tradisional.

Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai fungsi:

- a) penyiapan perumusan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan termasuk peningkatan mutunya, serta pelayanan kesehatan tradisional;

- b) penyiapan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan termasuk peningkatan mutunya, serta pelayanan kesehatan tradisional;
- c) penyiapan bimbingan teknis dan supervisi di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan termasuk peningkatan mutunya, serta pelayanan kesehatan tradisional; dan
- d) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan termasuk peningkatan mutunya, serta pelayanan kesehatan tradisional.
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugasnya.

1) Seksi Pelayanan Kesehatan Primer ;

Seksi Pelayanan Kesehatan Primer mempunyai tugas:

- a) merumuskan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer termasuk peningkatan mutunya;
- b) melaksanakan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer termasuk peningkatan mutunya;
- c) melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi di bidang pelayanan kesehatan primer termasuk peningkatan mutunya
- d) melaksanakan Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan primer termasuk peningkatan mutunya.

- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan sesuai dengan tugasnya.

2) Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan

Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan mempunyai tugas:

- a) merumuskan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan Rujukan termasuk peningkatan mutunya;
- b) melaksanakan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan Rujukan termasuk peningkatan mutunya;
- c) melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi di bidang pelayanan kesehatan Rujukan termasuk peningkatan mutunya
- d) melaksanakan Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan Rujukan. termasuk peningkatan mutunya
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan sesuai dengan tugasnya.

3) Seksi Pelayanan Kesehatan Tradisional

Seksi Pelayanan Kesehatan Tradisional mempunyai tugas:

- a) merumuskan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan Tradisional termasuk;
- b) melaksanakan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan Tradisional termasuk;
- c) melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi di bidang pelayanan kesehatan tradisional

- d) melaksanakan Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan tradisional.
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan sesuai dengan tugasnya.

6. Bidang Sumber Daya Kesehatan

Bidang Sumber Daya Kesehatan mempunyai tugas:

Melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang kefarmasian, alat kesehatan dan PKRT serta sumber daya manusia kesehatan.

Bidang Sumber Daya Kesehatan mempunyai fungsi:

- a) penyiapan perumusan kebijakan operasional di bidang kefarmasian, alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT) serta sumber daya manusia kesehatan;
- b) penyiapan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang kefarmasian, alat kesehatan dan PKRT serta sumber daya manusia kesehatan;
- c) penyiapan bimbingan teknis dan supervisi di bidang kefarmasian, alat kesehatan dan PKRT serta sumber daya manusia kesehatan; dan
- d) pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang kefarmasian, alat kesehatan dan PKRT serta sumber daya manusia kesehatan.
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugasnya.

1) Seksi Kefarmasian

Seksi Kefarmasian mempunyai tugas :

- a) merumuskan kebijakan operasional di bidang kefarmasian;
- b) melaksanakan kebijakan operasional di bidang kefarmasian;
- c) melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi di bidang kefarmasian
- d) melaksanakan Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang kefarmasian.
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan sesuai dengan tugasnya.

2) Seksi Alat Kesehatan dan PKRT

Seksi Alat Kesehatan dan PKRT mempunyai tugas:

- a) merumuskan kebijakan operasional di bidang alat kesehatan dan PKRT;
- b) melaksanakan kebijakan operasional di bidang alat kesehatan dan PKRT;
- c) melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi di bidang alat kesehatan dan PKRT
- d) melaksanakan Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang alat kesehatan dan PKRT.
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan sesuai dengan tugasnya.

3) Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan

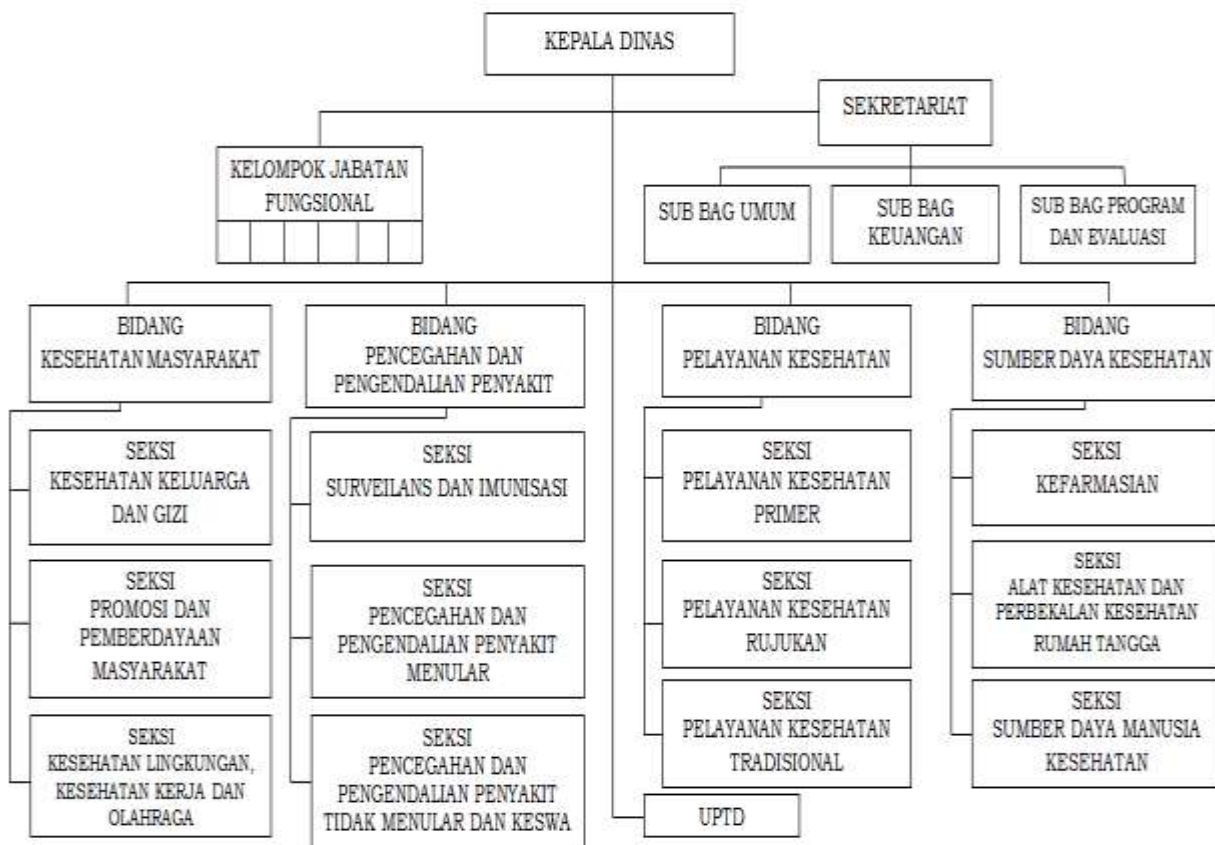
Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan mempunyai tugas :

- a) merumuskan kebijakan operasional di bidang Sumber Daya Manusia Kesehatan;
- b) melaksanakan kebijakan operasional di bidang Sumber Daya Manusia Kesehatan;
- c) melaksanakan bimbingan teknis dan supervisi di bidang Sumber Daya Manusia Kesehatan;
- d) melaksanakan Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang Sumber Daya Manusia Kesehatan;.
- e) melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan sesuai dengan tugasnya.

b. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan

Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk sesuai dengan Lampiran VI.1 Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 41 Tahun 2016 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Nganjuk. Struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk terdiri dari Kepala Dinas, Sekretariat, Bidang-Bidang, Sub-Sub Bagian, Seksi-Seksi, Unit Pelaksana Teknis Dinas atau biasa disebut dengan UPTD, dan Kelompok Jabatan Fungsional. Untuk menjalankan tugasnya maka Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dibantu oleh pegawai.

Gambar 8 Bagan Susunan Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk



Sumber : Lampiran VI.1 peraturan Bupati Nganjuk Nomor 41 Tahun 2016

3. Gambaran Umum Program Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) di Kabupaten Nganjuk

a. Latar Belakang Terbentuknya Program GENTASIBU

GENTASIBU adalah gerakan yang dilakukan masyarakat untuk mengentaskan gizi buruk (berat badan sangat kurang) di Kabupaten Nganjuk. Sebuah program inovatif yang digagas istri bupati Kabupaten Nganjuk Dra Hj Ita Taufiqurrahman, berawal dari daya tanggapnya terhadap tingginya angka gizi buruk, selanjutnya penggagas memunculkan suatu gagasan sebagai penyelesai,

yaitu berbentuk suatu gerakan pengentasan gizi buruk. Tidak hanya memunculkan namun penggagas juga konsisten mengembangkan gagasan, memperjuangkan hingga disahkan secara resmi melalui Surat Keputusan Bupati No. 188/140/K/411.013/2009.

Program ini mulai dilaksanakan pada tanggal 2 Juni 2009, dengan tujuan memperbaiki status gizi balita dari gizi buruk menjadi status gizi baik. kemudian sasaran dari program GENTASIBU adalah semua balita gizi buruk yang ada di Kabupaten Nganjuk. Kegiatan GENTASIBU meliputi Pemeriksaan kesehatan oleh dokter, pemantauan status gizi dan konseling gizi oleh Ahli gizi dan pemberdayaan orang tua balita, pendampingan tumbuh kembang balita oleh anggota GENTASIBU. Program ini dilaksanakan 1 bulan sekali dengan di dampingi anggota GENTASIBU 3 kali dalam seminggu. Tempat-tempat dalam pelaksanaan pelayanan program GENTASIBU berada di semua kecamatan yang ada di Kabupaten Nganjuk yang tersebar di 42 pos GENTASIBU.

Beragam permasalahan di daerah terhadap gizi buruk di kabupaten Nganjuk GENTASIBU sebagai gerakan pengentasab gizi buruk yang secara sukses mampu menurunkan jumlah balita penderita gizi buruk sejak dicanangkannya hingga sekarang. Kesuksesan GENTASIBU mengurangi banyak penderita gizi buruk sudah banyak diketahui masyarakat dan berkat program ini Kabupaten Nganjuk mendapatkan penghargaan dari Presiden RI, yaitu Citra Bhakti Abdi Negara (CBAN). Kesuksesan GENTASIBU melatarbelakangi munculnya program Gerakan Pendampingan Ibu Hamil Beresiko Tinggi (GERDARISTI) yang baru masuk proses perencanaan pada bulan Maret 2013, gerakan tersebut berbentuk

pendampingan sejak ibu hamil 3 bulan sampai melahirkan yang dimaksudkan untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI), konsepannya juga mengadopsi dari GENTASIBU.

b. Tujuan Program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk

Adapun yang menjadi tujuan dari program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk adalah:

- 1) Memperbaiki status gizi balita dari gizi buruk menjadi status gizi baik
- 2) Meningkatkan kesejahteraan masyarakat Kabupaten Nganjuk melalui program kesehatan
- 3) Meningkatkan kemampuan kader dalam berkomunikasi dan memberikan konsultasi serta konseling yang bermutu di masyarakat.
- 4) Meningkatkan kepedulian sosial diantara instansi pemerintah, masyarakat serta LSM
- 5) Meningkatkan kemandirian serta daya dukung keluarga dan masyarakat dalam berperilaku keluarga sadar gizi

B. Penyajian Data

1. **Efektivitas Pelaksanaan Program GENTASIBU sebagai upaya Mengatasi Balita Penderita Gizi Buruk di Kabupaten Nganjuk (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)**

a. Jumlah Hasil yang Dapat Dikeluarkan

Jumlah hasil yang dikeluarkan dimaksud dapat dilihat dari perbandingan (*ratio*) antara masukan (*input*) dengan keluaran (*output*) dalam hal ini dapat digunakan sebagai indikator awal untuk mengukur efektivitas pada program GENTASIBU. Hal ini mengacu apakah program ini nantinya dapat memberikan dampak yang positif atau tidak kepada masyarakat Kabupaten Nganjuk terkhususnya pada masyarakat penderita gizi buruk. Pada penelitian ini, tujuan dari program GENTASIBU adalah memperbaiki status gizi balita dari gizi buruk menjadi status gizi baik. Menjadikan gizi balita menjadi baik adalah tujuan utama dari program GENTASIBU yang sudah berjalan dari tahun 2009 sampai sekarang, dimana sudah banyak terjadi perubahan atas turunnya angka balita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk. Berikut hasil wawancara dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

“Menurut pengamatan saya, perubahan setelah adanya program GENTASIBU itu sangatlah bermakna, jadi kalau dulu tahun 2009 masih banyak kasus balita gizi buruk sebanyak 524 balita di awal dan itu bisa turun pada setiap tahunnya, setiap tahun kami lakukan evaluasi menjadi 2 semester yaitu di bulan Agustus adalah semester pertama dan di Bulan Januari adalah semester kedua, jadi satu tahun itu ada 2 kali, dan dari tahun 2009 sampai sekarang hasilnya pasti ada penurunan” (wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat dijelaskan bahwa dari adanya program GENTASIBU ini telah memberikan dampak atau perubahan yang sangat signifikan kepada masyarakat Kabupaten Nganjuk terkhususnya adalah balita gizi buruk. Satu hal yang menjadi pemicu utama adalah sejak awal adanya program ini

permasalahan gizi buruk di Kabupaten Nganjuk sangatlah memprihatinkan, dilihat dari tingkat perekonomian yang rendah, pendidikan yang rendah, dan juga lingkungan yang jauh dari kata bersih. Dengan adanya program GENTASIBU yang diarahkan pada pemberdayaan dan kemandirian yang otomatis harus didukung sebagai *stakeholders*, namun tidak menyimpang dari buku pedoman penanggulangan gizi buruk dari pusat atau saat itu Depkes RI yang berjalan sejak tahun 2009 hingga sekarang dilegalkan dengan adanya SK Bupati Nganjuk pada tanggal 26 Mei 2009 yaitu Keputusan Bupati No. 188/ 140/K/ 411.013/ 2009 tentang Pembentukan tim Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) telah mengalami penurunan jumlah balita penderita gizi buruk. Dalam pelaksanaan program GENTASIBU ini diadakan evaluasi 2 kali dalam setiap tahunnya, yaitu pada semester pertama di bulan Agustus dan Semester kedua di bulan Januari, dengan tujuan agar program GENTASIBU ini dapat dijadikan program yang berkelanjutan sehingga pengawasan dan pelaksanaan dapat diterapkan semaksimal mungkin.

Pelaksanaan Program GENTASIBU berdasarkan pada pedoman Respon Cepat Penanggulangan yang bertujuan agar semua kasus gizi buruk ditemukan secara dini dan ditangani sesuai tatalaksana balita gizi buruk secara cepat dan tepat demi terwujudnya tujuan dari GENTASIBU. Dimana memiliki 6 indikator keberhasilan, yaitu :

- 1) Seluruh posyandu melaksanakan operasi timbang minimal sekali setahun
- 2) Seluruh balita ditimbang

- 3) Seluruh balita gizi buruk ditemukan
- 4) Seluruh kasus gizi buruk dirujuk ke puskesmas perawatan atau rumah sakit
- 5) Seluruh kasus gizi buruk dirujuk dirawat di puskesmas perawatan atau rumah sakit ditangani sesuai tata laksana balita gizi buruk
- 6) Seluruh balita gizi buruk pasca perawatan mendapatkan pendampingan oleh kader GENTASIBU.

Dalam pelaksanaannya GENTASIBU mempunyai empat langkah, langkah pertama adalah penemuan kasus gizi buruk melalui pendampingan seluruh balita secara serentak di posyandu yang dikenal dengan sebutan “*Operasi Timbang*” dengan tujuan untuk menemukan seluruh kasus gizi buruk secara dini, dengan sasaran seluruh balita di kawasan posyandu, namun demikian penimbangan balita yang dilakukan setiap bulan di posyandu harus tetap dilaksanakan. Kegiatan ini dilakukan kader PKK atau kader GENTASIBU dan didampingi oleh tenaga kesehatan. Langkah kedua adalah rujukan ke puskesmas atau rumah sakit, sasarannya adalah seluruh balita gizi buruk yang sudah dikonfirmasi dan kemudian dilaksanakan setelah penemuan gizi buruk oleh petugas kesehatan. Langkah ketiga adalah perawatan balita gizi buruk, dilaksanakan di puskesmas perawatan/TFC atau rumah sakit setempat. Tim asuhan gizi yang terdiri dari dokter, nutritioner dan perawat, melakukan perawatan balita gizi buruk dengan menerapkan 10 langkah tata laksana anak gizi buruk, sasarannya adalah seluruh balita gizi buruk yang dirujuk yang dilaksanakan segera setelah masuk puskesmas

perawatan atau rumah sakit sampai anak dinyatakan sembuh oleh pelaksana tim asuhan gizi yang terdiri dari dokter, nutrisiner dan perawat di puskesmas perawatan/TFC atau rumah sakit. Dalam hal perawatan balita gizi buruk tersebut meliputi fase stabilisasi, transisi, rehabilitasi dan tindak lanjut.

- 1) Fase Stabilisasi diberikan makanan formula 75 (F 75) dengan asupan gizi 80 - 100 Kkal/kg BB/hari dan Protein 1 - 1,5gr/kg BB/hari
- 2) Fase Transisi diberikan makanan formula 100 (F 100) dengan asupan gizi 100 – 150 Kkal/kg BB/hari dan protein 2 – 3 gr/kg BB/hari. Perubahan dari F75 menjadi F100
- 3) Fase Rehabilitasi diberikan makanan formula 135 (F 135) dengan nilai gizi 150-220 Kkal/kg BB/hari dan protein 3-4 gr/kg BB/hari
- 4) Fase Tindak lanjut dilakukan di rumah setelah anak dinyatakan sembuh, bila BB/TB atau BB/PB \geq -2 SD dan tidak ada gejala Kritis.

Langkah keempat adalah tindak lanjut pemulihan status gizi yang bertujuan menindaklanjuti balita gizi buruk pasca perawatan, di rumah dengan sasaran seluruh balita gizi buruk pasca perawatan, balita 2T dan atau BGM, waktu pelaksanaan setelah kembali ke rumah oleh orang tua/pengasuh balita didampingi petugas kesehatan dan kader GENTASIBU. Langkah-langkah tindak lanjut pemulihan status gizi diberikan kepada anak BGM dan 2T yang tidak perlu dirawat, anak gizi buruk pasca perawatan dan yang tidak mau dirawat, dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Anak 2T dan atau BGM tanpa perawatan:

- a) Diberikan MP-ASI/PMT sesuai umur selama 90 hari
 - b) Diberikan MP-ASI. Bubur diberikan kepada bayi usia 6 – 11 bulan
 - c) MP-ASI biskuit diberikan kepada anak umur 12-24 bulan
 - d) Anak umur 25 – 29 bulan diberikan PMT. Pemberian MP-ASI/PMT bertujuan agar anak tidak jatuh pada kondisi gizi buruk
 - e) Konseling gizi
- 2) Anak gizi buruk pasca perawatan dan yang tidak mau dirawat

Anak gizi buruk yang telah pulang dari puskesmas perawatan atau rumah sakit , baik yang sembuh maupun pulang secara paksa akan mendapatkan pendampingan dan pemberian konseling gizi oleh pengawas kesehatan dan kader GENTASIBU.

Dalam pelaksanaan Program GENTASIBU tidak hanya memberikan pelayanan dalam mengatasi gizi buruk keada balita gizi buruk tetapi juga berdampak pada pendidikan ibu dari balita menjadi meningkat, hal ini berdasarkan dengan diberikannya pengarahan oleh kader GENTASIBU yang melakukan pengawasan dan bimbingan dalam keluarga si balita gizi buruk, adanya pengarahan dan pemberian sosialisasi atau konseling tentang bagaimana pola hidup sehat menjadi nilai tambahan dari adanya program GENTASIBU. Berikut adalah wawancara dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

“Kami sebagai pelaksana program GENTASIBU tidak bisa apa-apa apabila tidak ada kader yang memiliki jiwa sosial yang tinggi padahal mereka hanya dibayar 50 ribu, mereka setiap hari mau untuk mendatangi balita gizi buruk memberikan apa saja yang dibutuhkan demi bisa normal kembali, tugas dinas kesehatan hanya sebagai pengawas jadi setiap 1 bulan sekali kami datang untuk mendata apakah ada perubahan atau tidak terus juga melihat apa saja hambatan yang dihadapi kader” (wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Berdasarkan hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa dalam pelaksanaan program GENTASIBU kader adalah aktor pelaksana program yang langsung terjun dilapangan dengan tugas membimbing, memotivasi, mengarahkan, dan mengawasi balita gizi buruk dalam fase-fase penyembuhannya, baik itu dalam perawatan di Rumah ataupun di Puskesmas/Rumah Sakit. Kader dipilih langsung oleh Bidan desa dengan persyaratan bisa baca tulis, mau bekerja, mampu memberikan motivasi dan tempat tinggal yang dekat dengan sasaran balita gizi buruk yang ada di wilayahnya dengan kata lain se-dusun atau se-desanya yang dengan tujuan agar balita dapat diawasi setiap waktu. Kader setiap bulannya hanya mendapatkan bantuan dana sebesar Rp. 50.000,00 dari anggaran kesehatan. Berdasarkan pelaksanaannya kader bersama Tim penggerak PKK desa dan Bidan Pembina berikut adalah langkah-langkah kegiatannya:

- 1) Bidan pembina wilayah dan ketua tim penggerak PKK desa mengumpulkan kader posyandu yang ada;
- 2) Bidan pembina wilayah bersama ketua tim penggerak PKK menentukan kader pendamping bagi balita kurang gizi dengan jumlah 1 balita kurang gizi kader pendamping;

- 3) Bidan pembina wilayah mengirimkan data kader pendamping ke tingkat kecamatan;
- 4) Kader pendamping yang terpilih mendapatkan pelatihan tentang program GENTASIBU

Dari beberapa masa mulai berlakunya program GENTASIBU yang didukung oleh seluruh lapisan masyarakat ini terdata sekitar 524 balita penderita gizi buruk. Kendati tahun pertama sudah mencapai 38% peningkatan terhadap nilai kesehatan dan jumlah asupan gizi pada balita, hal itu belumlah dikatakan optimal. Mengingat dari data yang berhasil dihimpun Dinas Kesehatan, masih ada sekitar 100 balita penderita gizi buruk yang tidak termasuk pada program semester tahunan tersebut, kemudian pada tahun 2017 ini jumlah sasaran program GENTASIBU sebanyak 254 dari 524 balita turun dari tahun 2009 sampai 2016 sebanyak 270 yang sudah dalam fase normal sisanya sebanyak 254 balita yang menderita kurang gizi yang mempunyai resiko tinggi sampai sangat tinggi dalam hal ini dalam setiap tahunnya selalu ada kasus gizi buruk di Kabupaten Nganjuk. Berikut wawancara peneliti dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk “Selama masih ada orang miskin pasti ada gizi buruk, tidak memberikan asupan yang baik, setiap ada kelahiran pasti ada kasus gizi buruk”(wawancara tanggal 30 Agustus 2017). Berikut adalah data balita gizi buruk yang ada di Kabupaten Nganjuk pada Tahun 2017 dimana masih ada sebanyak 254 balita yang harus ditangani oleh program GENTASIBU yang mana dibuat tabel dengan perincian

setiap desa di Kabupaten Nganjuk juga nama wali beserta pekerjaannya dan status sosial orang tuanya, sebagai berikut:

Tabel 7 Rekamedik Identitas Balita Gizi Buruk Tahun 2017 Kabupaten Nganjuk

No	Alamat		Nama Wali		Status Sosex Ortu	Balita				
	Kecamatan	Desa	Nama	Pekerjaan		Nama	Sex	Tgl.Lahir	Bb Lahir	Pb Lahir
1	Bagor	Petak	Arif Wibowo	Gtt	Non Gakin	Narendra Cendekia Wibowo	L	24-4-2014	2600	48
2	Bagor	Bagorkulon	Lamijan	Brh Tani	Non Gakin	Maurin Pradhita Dwi Arita	P	21-1-2014	3000	50
3	Bagor	Ngumpul	Nanang K	Tani	Gakin	Zaqwan Ataris Kusbiantoro	L	23-7-2013	2500	50
4	Bagor	Selorejo	Darmaji	Tukang	Non Gakin	Moch Imron Ramadhan	L	20-6-2015	3100	49
5	Bagor	Selorejo	Mujiono	Tani	Non Gakin	Ainun Altafuriza	P	13-11-2014	2700	48
6	Bagor	Gandu	Erik	Swasta	Non Gakin	Sabrina Saskia Majid	P	13-4-2015	3200	50
7	Bagor	Bagorkulon	Suyanto	Tani	Non Gakin	Mariatul Ulya	P	4-6-2014	2700	47
8	Bagor	Selorejo	Achmad Aziz Mukmin	Swasta	Non Gakin	Muhamad Emyr Hirzi	L	28-3-2015	2500	48
9	Bagor	Kedondong	Edi Puguh Prabowo	Gtt	Non Gakin	Afifa Nanda Rafanda	P	3-11-2015	2700	47
10	Bagor	Kendalrejo	Sugianto	Tani	Non Gakin	Dewi Wardah	P	7-6-2013	2200	48
11	Bagor	Gandu	Tusmiran	Brh Tani	Non Gakin	Nauvan Yongki Pradana	L	13-12-2013	3000	49
12	Bagor	Sugiharwas	Warsito	Brh Tani	Non Gakin	Oktavia Putri Maharani	P	29-10-2014	3000	47
13	Baron	Baron	Mina Nurohman	Swasta	Non Gakin	M. Lutfi Fait A	L	05/04/2015	3.7	50
14	Baron	Baron	Sukarji	Brh Tani	Gakin	Feriska S E	L	04/05/2014	2.3	49
15	Baron	Garu	Nur Hasan	Brh Tani	Gakin	Fika Nur Rosyidah	P	05/01/2015	3.2	48
16	Baron	Gebangkerep	Kudori	Brh Tani	Gakin	Kevin	L	01/07/2013	2.7	49
17	Baron	Kemlokolegi	Roikatul I	Buruh	Gakin	Zidan	L	19-4-2014	2.4	47
18	Baron	Waung	Pandi U	Brh Tani	Gakin	Qumara Tri S	P	22-5-2013	2.9	47
19	Berbek	Balongrejo	Lamijan	Tukang	Gakin	Alif Nurkolis	L	09/10/2014	1900	43
20	Berbek	Balongrejo	Wahyuono	Jualan	Gakin	Devina	P	18- 11- 2013	2600	50

No	Alamat		Nama Wali		Status Sosex Ortu	Balita				
	Kecamatan	Desa	Nama	Pekerjaan		Nama	Sex	Tgl.Lahir	Bb Lahir	Pb Lahir
21	Berbek	Balongrejo	Pumomo	Jualan	Gakin	Natsya Ayudepriana	P	12/06/2013	2500	47
22	Berbek	Balongrejo	Saeroji	Tukang	Gakin	Nur Fasta Biquelqoir	P	20- 09- 2012	2700	49
23	Berbek	Bendungrejo	Sunaryo	Tani	Gakin	Moh. Enji	L	10/11/2012	3500	47
24	Berbek	Bendungrejo	Sunyoto	Wiraswasta	Non Gakin	A. Dafa Ibnu Hafid	L	04/02/2015	3100	49
25	Berbek	Bulu	Mujiono	Buruh	Gakin	Effi Sofiana	P	06/11/2014	2200	48
26	Berbek	Bulu	Suyanto	Tani	Gakin	Bilqis Salsabela	P	13-6-2014	2600	47
27	Berbek	Bulu	Soleh	Dagang	Gakin	Moh. Kevin	L	01/09/2014	2100	45
28	Berbek	Bulu	Mustam	Tani	Gakin	Isna	P	07/01/2013	2600	47
29	Berbek	Cepoko	Samsul Huda	Dagang	Gakin	M. Koirul Alzam	L	26-6-2012	2900	51
30	Berbek	Grojojan	Tamiran	Tani	Gakin	Serly Amelinda	P	31-5-2014	2800	48
31	Berbek	Patranrejo	Dimas	Buruh	Non Gakin	Dafa Ibnu Hafid	L	14-12-2014	2200	47
32	Berbek	Patranrejo	Samidi	Tukang	Non Gakin	Aina Batrisyia Atup	P	17-10-2013	2400	47
33	Berbek	Salamrojo	Julianto	Buruh	Gakin	Ahmad Koirul Huda	L	24-7-2015	2650	48
34	Berbek	Semare	Sutrisno	Buruh Bangunan	Gakin	Bimantara	L	15-11-2012	3200	47
35	Berbek	Sumberurip	Jayus	Swasta	Gakin	Fatimtus Zahro	P	06/09/2015	3100	49
36	Gondang	Campur	Sujono	Buruh Tani	Gakin	Rasya Aulia	P	02/07/2014	1,65 Kg	39 Cm
37	Gondang	Kedungglugu	Rudi Darmono	Sawasta	Non Gakin	Vanessa	P	11/04/2014	2,1 Kg	45 Cm
38	Gondang	Kedungglugu	Supriyadi	Tani	Gakin	Aldito	L	27/10/2015	2 Kg	46 Cm
39	Gondang	Ngujung	Suyanto	Tukang Batu	Gakin	Nikmatus	P	30/11/2013	2,8 Kg	47 Cm
40	Gondang	Sanggrahan	Eksan Suwando	Buruh Tani	Gakin	Ahmad Erlangga	L	19/05/2013	3,9 Kg	48 Cm
41	Gondang	Senggowar	Langgeng Santoso	Buruh Tani	Gakin	Putri Nilam Soraya	P	08/06/2015	3,2 Kg	52 Cm
42	Gondang	Sumberjo	Gito Pujianto	Petani	Non Gakin	Fuad Najib	L	30/03/2016	3,2 Kg	50 Cm
43	Gondang	Sumberjo	Yanto	Petani	Non Gakin	Ahmad Ibnu	L	23/11/2015	1,5 Kg	38 Cm
44	Jatikalén	Jatikalén	Monari	B. Tani	Gakin	Dhavita	L	05/06/2014	1800	45
45	Jatikalén	Pule	Dian	Tani	Non Gakin	Kevin	L	20/10/2012	3100	49
46	Jatikalén	Pule	Joko	B Tani	Non Gakin	Akmal	L	14/03/2013	2900	49
47	Jatikalén	Jatikalén	Sutrisno	Tani	Non Gakin	Rizki P	L	06/06/2015	2500	47
48	Jatikalén	Gondangwetan	Harsono	Tani	Gakin	M Indra	L	24/12/2013	3100	49
49	Jatikalén	Lumpang Kuwik	Nanik	Tani	Gakin	Risna	P	20/07/2013	3500	49
50	Jatikalén	Perning	Suyitno	Tani	Gakin	Afifah	P	24/12/2012	2500	49
51	Jatikalén	Dawuhan	-	-	Gakin	Rangga	L	17/06/2012	1600	45
52	Kertosono	Drenges	Juni	Tukang Kayu	Gakin	Silvi Nur Aisyah	P	28/09/2014	2800	47
53	Kertosono	Drenges	Pamujiono	Buruh	Gakin	Faiq Maulana Fahroby	L	01/01/2015	3000	45
54	Kertosono	Drenges	Sofyan	Dagang	Non Gakin	Safira Ainun Alfiah	P	16/03/2013	2750	46
55	Kertosono	Kepuh	Agung Prasetyo	Swasta	Non Gakin	Nuril Alishia	P	23/01/2015	2800	47

No	Alamat		Nama Wali		Status Sosex Ortu	Balita				
	Kecamatan	Desa	Nama	Pekerjaan		Nama	Sex	Tgl.Lahir	Bb Lahir	Pb Lahir
56	Kertosono	Kutorejo	M Habibulloh	Wiraswasta	Gakin	Reeza Dzikrotul Millati	P	25/01/2015	2600	49
57	Kertosono	Nglawak	Joko Prayitno	Tk Parkir	Gakin	Agan Purbo Pamungkas	L	18/08/2013	3800	50
58	Kertosono	Pandantoyo	Sukarni	Kuli	Gakin	Diya Ulfatin	P	06/01/2014	2400	46
59	Kertosono	Pelem	Slamet Widodo	Kuli	Gakin	Villia Dinda Aprillia	P	03/04/2013	2400	48
60	Kertosono	Pelem	Arif Dwi Yanto	Wiraswasta	Non Gakin	Amira Putri Riffadha	P	20/10/2015	3400	51
61	Kertosono	Pelem	Trimio	Buruh Bangunan	Gakin	Tito Aditya Kusuma	L	31/08/2016	3000	51
62	Kertosono	Pelem	Moch. Samsul Hidayat	Sopir	Gakin	Intan Three Cahyani	P	13/09/2014	2700	50
63	Kertosono	Juwono	Ribut Riyanto	Wiraswasta	Gakin	Jauhari Muslim	L	09/04/2016	2600	47
64	Lengkong	Jegreg	Apri Kurniawan	Swasta	Gakin	Daniel S A	L	01/10/2014	3200	49
65	Lengkong	Ketandan	Purwanto	Tani	Gakin	Davis	L	07/05/2015	2200	49
66	Lengkong	Sawahan	Slamet Nur Arifin	Swasta	N Gkn	Vino Gilang Ramadhan	L	11/08/2014	2700	47
67	Lengkong	Sawahan	Sandip	Tani	Gakin	Anugrah R	L	28/05/2014	2500	48
68	Lengkong	Sumberkepuh	Supriono	Tani	N Gkn	Alvina	P	23/09/2013	3300	48
69	Lengkong	Sumbersono	Santoso	Tani	Gakin	Davian Nasrulloh	L	07/12/2013	1800	45
70	Loceret	Kenep	Purwito	Petani	Non Gakin	Ahmad Riski Attalah	L	06/05/2013	2600	46
71	Loceret	Kenep	Wari	Petani	Gakin	Syakira Anaya Putra	P	28/05/2014	2000	45
72	Loceret	Mungkung	Imam Safiri Alim	Guru	Non Gakin	M.Wafiq	L	02/08/2016	2500	49
73	Loceret	Putukrejo	Sukidi	Buruh Tani	Gakin	Putri Divania Nadila	P	28 Nop 2014	3100	49
74	Loceret	Putukrejo	Agung Prakarsa	Swasta	Gakin	Dafa Bayu Septian	L	04/09/2013	3400	50
75	Loceret	Tanjungrejo	Komarun	Swasta	Non Gakin	Disk Nur Hasuna	P	11/12/2012	2500	44
76	Loceret	Kwagean	Supardi	Swasta	Gakin	Devina Aulia Putri	P	22/03/2016	2300	42
77	Loceret	Kwagean	Suparno	Swasta	Gakin	Moh.Riski	L	25 Nop 2015	2100	45
78	Loceret	Ngepeh	Subeki	Buruh Tani	Gakin	Fahrizal	L	29/09/2014	2400	42
79	Nganjuk	Bogo	Munib	Swasta	Gakin	Naila	P	22-12-2014	2.2	48
80	Nganjuk	Cangkring	M.Ali Mustofa	Swasta	Gakin	M.Fakri Albar	L	29-11-2014	2.8	49
81	Nganjuk	Jatirejo	Safa'at	Swasta	Non	Nadia Kanza.F	P	09-03-2014	3	49
82	Nganjuk	Jatirejo	Mariaji	Kuli	Gakin	M.Mizia Zikri.S	L	20-01-2014	2.5	45
83	Nganjuk	Jatirejo	Radiatama	Swasta	Gakin	M.Nada Danis.R	L	20-05-2013	3.25	50
84	Nganjuk	Kartoharjo	Anang	Swasta	Non	Shendy Rahmad A	L	08-12-2014	2.9	48
85	Nganjuk	Kartoharjo	Sutrisno	Sopir	Non	Rossi Ardian P	L	09-07-2014	3.6	50
86	Nganjuk	Kramat	Haji Sutrisno	Swasta	Gakin	Anjel Latifatul A	P	08-12-2014	3.2	48
87	Nganjuk	Kramat	Abd.Aziz	Swasta	Non	Ahmed Bahazt	L	30-10-2014	3	49
88	Nganjuk	Kramat	Arik	Guru	Non	M.Wahyu Abidin	L	13-05-2014	2.9	47
89	Nganjuk	Mangundikaran	Fauzi	Swasta	Non	Dafa	L	21-05-2012	2.5	50
90	Nganjuk	Werungotok	Soni	Swasta	Gakin	Serlina	P	16-02-2015	3	46
91	Nganjuk	Werungotok	Eko Hariadi	Sopir	Gakin	Erza Ahmad H	L	05-05-2014		
92	Ngetos	Kepel	Muryani	Tani	Gakin	Rahmad Abdul Salam	L	09-01-2014	1600	43

No	Alamat		Nama Wali		Status Sosex Ortu	Balita				
	Kecamatan	Desa	Nama	Pekerjaan		Nama	Sex	Tgl.Lahir	Bb Lahir	Pb Lahir
93	Ngetos	Kepel	Marjuni	Tani	Non Gakin	Lutfi Dwi Azizah	P	21-02-2013	3000	48
94	Ngetos	Kepel	Paiman	Buruh Tani	Gakin	Moch. Fahri	L	05-05-2014	1900	40
95	Ngetos	Klodon	M Nur Adam	Swasta	Gakin	Sasya Angela Syarief	P	14-12-2014	3000	48
96	Ngetos	Klodon	Sarti	Tani	Non Gakin	M. Junardi	L	29-07-2014	2100	46
97	Ngetos	Mojoduwur	Subagyo	Swasta	Gakin	Aurel Dian Sifana	P	06-06-2012	3200	49
98	Ngetos	Ngetos	Kholil	Swasta	Non Gakin	M Nur Fahmi	L	31-07-2015	2800	48
99	Ngetos	Suru	Parni	Swasta	Gakin	M. Daffa S	L	12-02-2015	2500	47
100	Ngluyu	Lengkonglor	Nanang.S	Pns	Non Gakin	Bintang Arya.S	L	14-5-2015	3200	48
101	Ngluyu	Tempuran	Edi Sugianto	Tani	Non Gakin	Margareta Anastasya	P	19-3-2014	2300	47
102	Ngronggot	Banjarsari	Santoso	B.Tani	Gakin	Arsya Jihan Amelia	2	14/04/2016	2	47
103	Ngronggot	Cengkok	Imam Saipul	Swasta	Gakin	Farikha Widya N	2	14/06/2012	3	47
104	Ngronggot	Cengkok	Dhori (Alm)	-	Gakin	Fitri Musdalipah	2	03/01/2015	2.1	47
105	Ngronggot	Cengkok	Ahmat Hidayat	Wiraswasta	Non Gakin	M.Ilmi Azizi	1	11/08/2014	2.8	50
106	Ngronggot	Cengkok	Samsul Huda	B.Tani	Gakin	M.Iqbal	1	05/06/2012	2.7	47
107	Ngronggot	Cengkok	Nursalim	Wiraswasta	Gakin	M.Aska Aldrik	1	05/06/2013	3	49
108	Ngronggot	Cengkok	Agus Jamil	Pedagang	Gakin	Adiba Astabian	1	22/08/2013	3	48
109	Ngronggot	Cengkok	Nurohman	Tani	Gakin	M.Raihan Ainurrohman	1	02/07/2013	2.8	48
110	Ngronggot	Cengkok	Kowiudin	Sasta	Gakin	Fatihatul Rodiah	2	07/02/2013	3.1	49
111	Ngronggot	Cengkok	Qodir Ridwan	Tani	Gakin	Sifa Anindita	2	16/12/2014	3	50
112	Ngronggot	Cengkok	Sukardi	Tani	Gakin	M.Rafif Safa	1	25/09/2015	2.52	48
113	Ngronggot	Dadapan	Siamin	B.Tani	Gakin	Salsabila	2	14/04/2016	3.2	50
114	Ngronggot	Dadapan	Sutaji	B.Tani	Gakin	Diki Wahyu Saputra	1	20/01/2015	2.9	49
115	Ngronggot	Kelutan	Jawawi	Buruh	Gakin	Alinca Putri	2	19/06/2014	2.9	48
116	Ngronggot	Kelutan	Kapsidi	Pedagang	Gakin	Nurul Wardatul J	2	17/12/2012	3.9	50
117	Ngronggot	Mojokendil	Slamet	B.Tani	Gakin	Rini Dwi Ayu	2	04/03/2016	2.6	47
118	Ngronggot	Mojokendil	Fiter Dinawan	Wiraswasta	Gakin	M.Alfan Ziadinawan	1	30/10/2014	2.7	47
119	Ngronggot	Mojokendil	Jumain	B.Tani	Gakin	M.Dwi Ramadan	1	10/08/2012	3	50
120	Ngronggot	Mojokendil	Dwi Hartono	B.Tani	Gakin	Dwi Jauza Hayimah	2	10/09/2014	1.6	45
121	Ngronggot	Ngronggot	Suyitno	Wiraswasta	Gakin	Ica Laviana	2	28/02/2014	2.2	44
122	Ngronggot	Ngronggot	M.Zaini	Tani	Gakin	Intan	2	31/07/2016	2	45
123	Ngronggot	Ngronggot	M.Roup	Tani	Gakin	M.Rozi Abdillah	1	12/12/2012	3	48
124	Ngronggot	Ngronggot	Muzain	Sopir	Gakin	Naura Zahra H	2	30/04/2014	2.6	47
125	Ngronggot	Ngronggot	Suwarno	B.Tani	Gakin	Raya Dwi Antika	2	15/07/2015	2.3	47
126	Ngronggot	Ngronggot	Khoirul Anwar	Wiraswasta	Gakin	Raisya Sabrina	2	18/11/2014	2.6	47
127	Ngronggot	Ngronggot	M.Khoirul Huda	B.Tani	Gakin	Binti Masyayuk	2	16/04/2014	2.7	46
128	Ngronggot	Tanjungkalang	Sukamto	B.Tani	Gakin	Farikha Khoirunisak	2	15/10/2015	3	50

No	Alamat		Nama Wali		Status Sosex Ortu	Balita				
	Kecamatan	Desa	Nama	Pekerjaan		Nama	Sex	Tgl.Lahir	Bb Lahir	Pb Lahir
129	Ngronggot	Tanjungkalang	Samsul Anam	Buruh	Gakin	Adelia Agustin	2	12/08/2015	3.2	50
130	Ngronggot	Tanjungkalang	Ibnu Kotib	Swasta	Gakin	M.Sabilil Muttakin	1	09/08/2014	2.7	48
131	Pace	Babadan	Subandi	Swasta	Gakin	Mohamad Andika	1	19/03/2013	2800	48
132	Pace	Banaran	Syaiful Usman	Buruh Tani	Non Gakin	M Riski Assidiqi	1	13/06/2014	1600	45
133	Pace	Bodor	M Asrori	Tani	Gakin	Sita Atqia	2	28/10/2013	3200	49
134	Pace	Cerme	Abdul Samad	Swasta	Gakin	Aska Amrinaja	1	13/01/2015	2700	47
135	Pace	Cerme	Mungin	Dagang Krupuk	Gakin	Nailul Faidzin	1	13/08/2014	2400	45
136	Pace	Cerme	Mungin	Dagang Krupuk	Gakin	Nur Azizah	2	01/01/2013	2700	47
137	Pace	Gondang	Saji	Tani	Gakin	Sofi	2	12/12/2012	2600	49
138	Pace	Gondang	Ewo Caswo	Swasta /Parkir	Gakin	M Amir Zahwan	1	05/05/2014	2300	46
139	Pace	Jampes	M Afandi	Swasta	Gakin	Tasya	2	06/04/2014	3100	49
140	Pace	Kepanjen	Seto	Swasta	Non Gakin	Wulan Yumiko	2	13/03/2015	2800	47
141	Pace	Pacewetan	Riyanto	Swasta	Gakin	M Ridho	1	09/05/2013	2900	50
142	Pace	Pacewetan	Purwanto	Swasta	Gakin	Wiji Nur Marsela	2	06/03/2015	2800	43
143	Pace	Sanan	Hendro	Swasta	Gakin	M Iza Zultan Zam-Zam	1	16/05/2013	3400	50
144	Pace	Sanan	Sutikno	Swasta	Gakin	M Rafa Aska Pratama	1	20/05/2013	2500	43
145	Pace	Plosoharjo	Dwi Maryono	Sopir Pabrik	Non Gakin	Salsa Mutiara	2	07/05/2014	3200	48
146	Patianrowo	Babadan	Ujang	Swasta	Gakin	Karel Sulton	1	11/12/2014	3000	45
147	Patianrowo	Babadan	Miftakul Farid	Swasta	Gakin	M Fauzan	1	11/12/2014	3200	47
148	Patianrowo	Babadan	Hadi Widodo	Swasta	Gakin	M Lutfi	1	24-8-2012	2300	47
149	Patianrowo	Lestari	Rubianto	Swasta	Gakin	M Risky	1	14-11-2014	3100	49
150	Patianrowo	Ngepung	Suyanto	Buruh Tani	Gakin	Khusnul Widyawati	2	30-8-2016	2450	48
151	Patianrowo	Ngepung	Sayid Santoso	Asong	Non	Aqib Sabe'ru	1	04/02/2013	2900	50
152	Patianrowo	Ngepung	Aska Yasmin	Buruh Pabrik	Gakin	Aska Yasmin	2	23-2-2015	2800	48
153	Patianrowo	Ngrombot	Supriyadi	Buruh	Gakin	Aulia Sifa	2	18-9-2014	2900	46
154	Patianrowo	Rowomarto	Paeman	Buruh Tani	Gakin	M Febrian	1	02/04/2015	2400	47
155	Patianrowo	Rowomarto	Santo	Tani	Gakin	Abdan	1	11/06/2014	2000	45
156	Prambon	Bandung	Heri Priyono	Wiraswasta	Gakin	Paramita	2	8-11-2013	2.6	48
157	Prambon	Bandung	Arif Winarko	Swasta	Gakin	Zeremia	2	28-01-2013	2.6	47
158	Prambon	Bandung	M Saifudin	Swasta	Gakin	Azka	1	18-01-2015	1.9	42
159	Prambon	Kurungrejo	Hadi Sucipto	Buruh	Gakin	Elya Tiara	2	01-07-2016	2.1	45
160	Prambon	Kurungrejo	Sunarji	Buruh Tani	Gakin	Ahmad Alwi	1	30-07-2014	2	40
161	Prambon	Mojoagung	Muh. Nurul Anwar	Wiraswasta	Gakin	M Ubay	1	22-12-2014	2.6	46
162	Prambon	Rowoharjo	Muklison	Wiraswasta	Gakin	Putri Najwa	2	07-04-2014	2.4	47
163	Prambon	Sanggrahan	Nur Hadi	Kary.Swasta	Non Gakin	Naufal	1	23-07-2015	3.1	50
164	Prambon	Singalanyar	M Zaim Ashari	Swasta	Non Gakin	Naura Fiza	2	21-04-2014	3.3	50
165	Prambon	Sugihwaras	Hadi	Swasta	Gakin	Ivan Nur Dava	1	18-03-2015	2	46
166	Prambon	Sugihwaras	M Kholik	Swasta	Non Gakin	Abdullah Fakihi	1	29-10-2014	2.9	50

No	Alamat		Nama Wali		Status Sosex Ortu	Balita				
	Kecamatan	Desa	Nama	Pekerjaan		Nama	Sex	Tgl.Lahir	Bb Lahir	Pb Lahir
167	Prambon	Tanjungtnani	Mikasa	Swasta	Non Gakin	Anggun Ramadani	2	09-08-2012	0.8	35
168	Prambon	Tanjungtnani	Rudi Irawan	Swasta	Gakin	Abdul Kholik	1	12-03-2015	2.3	46
169	Prambon	Tegaron	Abdul Rohman	Tani	Gakin	M . Andi Alya	1	03-08-2015	3	46
170	Prambon	Tegaron	M Arif Zamroji	Tani	Gakin	M . Jibril	1	08-02-2013	3	43
171	Prambon	Watudandang	M Arif Samsul A	Tukang Becak	Gakin	M . Arif R	1	13-11-2014	2.5	49
172	Prambon	Watudandang	Nanang	Buruh Tani	Gakin	Himni Reza	2	27-10-2015	2.9	50
173	Rejoso	Jatirejo	Wahyudi	Tani	Gakin	Reviana Wahyu	P	31/08/2012	2,8	50
174	Rejoso	Jatirejo	Sunarto	Buruh Tani	Gakin	Bagas Aprilio Saputra	L	02/04/2014	3,2	49
175	Rejoso	Jintel	Suparmin	Tani	Gakin	Ahmad Rendi Saputra	L	02/02/2013	3,1	41
176	Rejoso	Jintel	Rasimin	Tani	Non Gakin	Deswita Nada Kejora	P	12/12/2014	2,7	50
177	Rejoso	Mlorah	Ahmad	Tani	Non Gakin	Elmina Sabila Giovani	P	16/08/2014	3	49
178	Rejoso	Mojorembun	Indro Prawoko	Buruh Tani	Gakin	Deni Firmansyah	L	23/09/2013	3,1	48
179	Rejoso	Mojorembun	Nyadi	Buruh Tani	Gakin	M. Khoirul Huda	L	30/12/2014	2,8	49
180	Rejoso	Musir Lor	Rahardian Wiryono	Buruh Tani	Non Gakin	Jian Aska Dian Gibran I.	L	25/04/2015	3,4	50
181	Rejoso	Ngadiboyo	Joko	Buruh Tani	Gakin	M. Yusril Mahendra	L	08/12/2013	2,9	47
182	Rejoso	Ngadiboyo	Sutajidin	Tani	Gakin	M. Syarif Hidayatullo	L	23/12/2016	1,5	50
183	Rejoso	Ngangkatan	Sutrisno	Tani	Gakin	Kharisma Zelin Inanya	P	21/05/2014	1,3	50
184	Rejoso	Ngangkatan	Mulyoto	Tani	Gakin	Riski Nurhuda	L	06/12/2014	1,2	50
185	Rejoso	Puhkerep	Suparman	Tani	Gakin	Alwi	L	05/04/2013		
186	Rejoso	Rejoso	Kadi	Tani	Gakin	Sovy Angelia	P	22/09/2014	2,2	48
187	Rejoso	Sambikerep	Parji	Buruh Tani	Gakin	Asep Reno Tri Alifian	L	17/09/2014	2,5	48
188	Rejoso	Sambikerep	Sugiono	Wiraswasta	Gakin	Vino Fajar Kurniawan	L	06/06/2014	2,1	47
189	Rejoso	Sidokare	Annur Rofiq	Buruh Tani	Gakin	M. Fatir	L	18/08/2013	2,6	45
190	Rejoso	Sukorejo	Suwarno	Tani	Gakin	Inez Sintia Suwarno	P	28/06/2015	2,6	47
191	Rejoso	Sukorejo	Supriyanto	Tani	Non Gakin	Junia Sari Anggraini	P	24/06/2014	2,9	48
192	Rejoso	Sukorejo	Ismail	Wiraswasta	Non Gakin	Apta Marela Yafi	P	15/07/2013	2,6	47
193	Sawahan	Margopatut	Yuliawan	Buruh Proyek	Non Gakin	Aura Salsabila Saputri	P	41214	1500 Gr	
194	Sawahan	Margopatut	Heri	Tani	Non Gakin	Sheila Vania Khairunisa	P	41903	2500 Gr	46 Cm
195	Sawahan	Kebonagung	M. Habibi	Wiraswasta	Gakin	M. Dion Munajad	L	41160	1900 Gr	46 Cm
196	Sawahan	Margopatut	Markam	Tani	Non Gakin	Aisyah Nur Cahyani	P	41206	3300 Gr	45 Cm
197	Sawahan	Sidorejo	Wito Prasetyo	Wiraswasta	Non Gakin	Azahra Aurelya	P	38095	2200 Gr	49 Cm
198	Sawahan	Duren	Tohir	Tani	Gakin	Asnan Suhudi	L	41711	2800 Gr	47 Cm
199	Sawahan	Sidorejo	Purwanto	Tani	Non Gakin	Juwita	P	42189	2800g r	48cm
200	Sawahan	Sawahan	Jasmani	Tani	Non Gakin	Satya Dwi	L	41959	3100g r	49cm

No	Alamat		Nama Wali		Status Sosex Ortu	Balita				
	Kecamatan	Desa	Nama	Pekerjaan		Nama	Sex	Tgl.Lahir	Bb Lahir	Pb Lahir
201	Sukomoro	Blitaran	Sunarto	Buruh Tani	Gakin	Dinda Sevia Risqiani	P	15-1-2015	2,5	46
202	Sukomoro	Kapas	Yulianto	Wiraswasta	Gakin	Aisyah Ayudia Inara	P	18-3-2013	2,3	48
203	Sukomoro	Sumengko	Sarjono	Wiraswasta	Gakin	Kayla Iza Valentina	P	16-2-2015	2,8	48
204	Sukomoro	Ngrami	Warsito	Buruh Tani	Gakin	Rachela Nindy	P	13-10-1014	2,3	48
205	Tanjunganom	Banjarnayar	Anang Musti'in	Brh Bangunan	Gakin	M Abdul Manan	1	05/08/2016	2600	45
206	Tanjunganom	Banjarnayar	Agus	Swasta	Gakin	Adinda Sekar	2	30/09/2014	2900	49
207	Tanjunganom	Banjarnayar	Prawioto	Brh Tn	Gakin	Syakira Kirana M	2	27/10/2014	2700	47
208	Tanjunganom	Demangan	Sumantri	Wiraswasta	Non Gakin	Zidan Hadaris	1	04/10/2014	3000	49
209	Tanjunganom	Demangan	Sukri	Brh Tn	Gakin	Farel Dwi A	1	12/01/2013	3100	49
210	Tanjunganom	Getas	Gamiran	Brh Tn	Gakin	Nur Rohmah	2	18/02/2014	2000 Gr	43
211	Tanjunganom	Jogomerto	Panut W	Buruh	Gakin	Wilda Oktavia P	1	01/10/2014	3250	49
212	Tanjunganom	Jogomerto	Farit Abidin	Buruh	Gakin	Al Ghani Fikri	1	11/08/2014	2800	61
213	Tanjunganom	Jogomerto	Suparman	Brh Tani	Non Gakin	M Aditya	1	11/11/2012	2800	0
214	Tanjunganom	Jogomerto	M Yanto	Swasta	Non Gakin	Silfa Eka	2	03/09/2012	3000	49
215	Tanjunganom	Kampungbaru	M Hakim	Guru	Non Gakin	Aqila Najima	2	18/11/2015	2600	47
216	Tanjunganom	Kampungbaru	M Sofyan	Swasta	Gakin	M Mutaqim	1	12/06/2014	2000	47
217	Tanjunganom	Kampungbaru	Taufiq	Swasta	Gakin	Kharisma Qurotul A	2	13/02/2013	3800	45
218	Tanjunganom	Kedungombo	Wasis	Tani	Gakin	M Alfin Afrizal	1	06/05/2015	2400	47
219	Tanjunganom	Kedungombo	Subandi	Brh Tn	Gakin	Dalisa Nurwahyu	2	26/12/2014	2500 Gr	45 Cm
220	Tanjunganom	Kedungrejo	Suyono	Brh Tn	Gakin	Ryan Syahputra	1	12/03/2016	2500	47
221	Tanjunganom	Kedungrejo	Abdul Majid	Tani	Non Gakin	Fadil	1	27/10/2013	3200	48
222	Tanjunganom	Kedungrejo	Agus	Swasta	Gakin	Yohan	1	01/06/2013	2500	48
223	Tanjunganom	Kedungrejo	Taribin	Jual Pentol	Gakin	Ahmad Khoirudin	1	14/12/2013	2100	47
224	Tanjunganom	Ngadirejo	Lamijo	Brh Tani	Gakin	Amelia Presiana	2	11/12/2014	1900 Gr	41 Cm
225	Tanjunganom	Sidoharjo	Budi S	Kuli Bangunan	Gakin	Dwi Nuril Janah	2	29/04/2015	2800	49
226	Tanjunganom	Sidoharjo	Habib	Tani	Gakin	Umi Sa'idatul M	2	28/02/2015	2500	48
227	Tanjunganom	Sidoharjo	Sulam	Pekerja Lepas	Gakin	Dini Andini	2	13/02/2015	2000	42
228	Tanjunganom	Sidoharjo	Amin	Tani	Gakin	M Kafit K	1	07/10/2012	3200	48
229	Tanjunganom	Sonobekel	Yanto	Tani	Non Gakin	Shela Putri A	2	16/10/2014	2900 Gr	47
230	Tanjunganom	Sonobekel	Joko	Kuli Bangunan	Gakin	Anggi Eka N	2	09/05/2014	2400 Gr	47 Cm
231	Tanjunganom	Sonobekel	Ali Subkhan	Tani	Gakin	Tsuroya	2	04/09/2013	2500 Gr	45 Cm
232	Tanjunganom	Sumberkepuh	Mahmud	Swasta	Gakin	Ahmad Azam Latif	1	24/09/2015		
233	Tanjunganom	Sumberkepuh	Ibnu M	Swasta	Non Gakin	Achmad Yafi H	1	03/01/2015	2300 Gr	46 Cm
234	Tanjunganom	Sumberkepuh	Imam M	Brh Tn	Gakin	Mada Tatag P	1	30/12/2014	2400 Gr	48 Cm
235	Tanjunganom	Sumberkepuh	Suwito	Brh Tn	Gakin	M Abizar Latif	1	11/12/2014	3100 Gr	49 Cm
236	Tanjunganom	Sumberkepuh	Peter D	Pln	Gakin	Alfan	1	30/10/2014	2700 Gr	47 Cm
237	Tanjunganom	Sumberkepuh	Sutriyono	Brh Tn	Gakin	Khaira	2	22/06/2014	2800 Gr	48 Cm

No	Alamat		Nama Wali		Status Sosex Ortu	Balita				
	Kecamatan	Desa	Nama	Pekerjaan		Nama	Sex	Tgl.Lahir	Bb Lahir	Pb Lahir
238	Tanjunganom	Sumberkepuh	Agus	Swasta	Non Gakin	Azrul	1	12/05/2014	4200 Gr	50 Cm
239	Tanjunganom	Sumberkepuh	Sukandar	Swasta	Non Gakin	Azura Naima	2	09/02/2014	3800 Gr	47 Cm
240	Tanjunganom	Sumberkepuh	M Rokhim	Swasta	Non Gakin	Arivo Rokhima	2	13/10/2013	3200 Gr	50 Cm
241	Tanjunganom	Sumberkepuh	Solehsotyo budi	Brh Tn	Gakin	Miftahul Janah	2	14/01/2013	2700 Gr	47 Cm
242	Tanjunganom	Tanjunganom	Joko	Petani	Non Gakin	Naura Aprilia	2	19/04/2015	2600	47
243	Tanjunganom	Tanjunganom	Bibit	Brh Tn	Gakin	Nabila Novita	2	21/11/2013		
244	Tanjunganom	Warujayeng	Agus W	Brh/Kuli	Gakin	Adeeva Afshen F	2	09/06/2016	1400	
245	Tanjunganom	Warujayeng	Widoko	Pedagang	Non Gakin	Aqila Nazwa K	2	17/03/2016	3200	50
246	Tanjunganom	Warujayeng	Suntoro	Swasta	Gakin	M Dwi Maulana	1	12/09/2015	2500	45
247	Tanjunganom	Warujayeng	Hermanto	Wiraswasta	Gakin	Kayla Ramadana	2	08/07/2015	2700	47
248	Tanjunganom	Warujayeng	Wasis	Pengamen	Gakin	Marsel Dwi S	1	13/03/2014	2500	43
249	Tanjunganom	Warujayeng	N Mustakim	Pedagang	Non Gakin	M Sandi Setyawan	1	27/01/2014	2700	47
250	Tanjunganom	Warujayeng	Muklis	Swasta	Gakin	Binti Ainan S	2	01/01/2013	2100	45
251	Tanjunganom	Wates	Purwanto	Swasta	Non Gakin	Hafiz Agam Habib	1	12/02/2014	2700	49
252	Wilangan	Wilangan	Partono	Buruh Tani	Gakin	Andik Dwi P	1	06/11/2012	2100	45
253	Wilangan	Wilangan	Lukman Hakim	Swasta	Non Gakin	Nuriya Sidqiya Hakim	2	14/09/2014	3100	49
254	Wilangan	Wilangan	Cahyo Agus P	Pns	Non Gakin	Azkayra Almeda P	2	16/06/2014	2900	49

Sumber : *Arsip Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk*

b. Tingkat Kepuasan

Tingkat Kepuasan pada ukuran efektivitas mengacu kepada keberhasilan dari program GENTASIBU ini, apakah hasil dari program GENTASIBU memenuhi ekspektasi dari berbagai pihak atau sebaliknya. Pihak yang dimaksud pada penelitian ini adalah sasaran dari GENTASIBU yaitu masyarakat terkhususnya adalah keluarga balita gizi buruk yang ada di Kabupaten Nganjuk. Penelitian yang dilakukan ini adalah mengukur kepuasan atas keberhasilan dalam penanganan kasus gizi buruk dan juga kualitas setelah pelaksanaan program GENTASIBU.

Berikut ini adalah hasil wawancara dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

“Jika bicara tentang kepuasan apakah program ini efektif atau tidaknya dimata masyarakat, kami pernah memberikan kuisioner kepada masyarakat terkait pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan kepuasan mereka dan apa saja kekurangan dari program ini, dan kebanyakan masyarakat merasa terbantu dengan adanya program ini, dulu sebelum ada program ini, masyarakat selalu resah masalah dana, masalah apalah, sekarang mereka merasa banyak dibantu dengan program ini, kan waktu di posyandu semuanya terjaring jadi tidak perlu sampai datang ke rumah sakit sendiri mengurus administrasi sendiri, sekarang sudah dibantu oleh kader PKK”
(wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Wawancara diatas menjelaskan bahwa dengan adanya Program GENTASIBU masyarakat merasa sangat terbantu dalam masalah gizi buruk, Dinas Kesehatan sebagai salah satu pihak penyelenggara membuat kuisioner tentang kepuasan masyarakat akan program ini setahun sekali, dengan tujuan sudah sejauh mana program ini pada 2 semester atau 1 tahun sekali, selain itu untuk menjadi bahan evaluasi di semester depannya. Kuisioner yang telah diberikan oleh Dinas Kesehatan kepada masyarakat tingkat kepuasan yang dicapai adalah 82%. Tingkat kepuasan ini didapatkan dari kuisioner GENTASIBU yang disebar di seluruh sasaran program GENTASIBU yaitu masyarakat khususnya masyarakat yang terkena gizi buruk. Hal tersebut dapat dibuktikan dari hasil wawancara dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

“Menurut data kami sekitar 82% merasa puas dengan adanya program ini, alasannya paling banyak merasa terbantu, disini masyarakat merasa pemerintah ikut andil di dalamnya karena program GENTASIBU ini, sisanya yang tidak puas mungkin karena kerja kami kurang maksimal sehingga balita belum dapat disembuhkan, itu salah

satu hambatan kami adanya balita yang mempunyai penyakit permanen seperti Jantung, TB paru, *Cerebral Palsy*, Tuli untuk selanjutnya kami selalu mencari cara bagaimana mengatasinya” (wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Berdasarkan wawancara diatas tingkat kepuasan masyarakat dari adanya program GENTASIBU adalah merasa terbantunya masyarakat, maksudnya adanya penanganan secara terus menerus tanpa ada biaya sepeserpun selain itu pendampingan dari kader yang mana terus mendampingi balita gizi buruk yang membuat masyarakat gizi buruk merasa terbantu, juga merasa pemerintah ikut andil dalam permasalahan kesehatan masyarakat, hal ini kebijakan pemerintah dalam menanggulangi penyakit gizi buruk bisa dianggap berhasil dengan penjangkaran setiap bulannya di posyandu setiap desa maka kemungkinan balita yang tidak terdeteksi sangatlah minim. Selain itu ada masyarakat yang tidak puas dengan adanya program GENTASIBU hal ini dikarenakan kurang maksimalnya dalam penanganan kasus gizi buruk, tidak dapat dipungkiri apabila terdapat permasalahan dalam program, permasalahan dalam kepuasan masyarakat salah satunya ialah terdapat penyakit permanen dari balita gizi buruk seperti Jantung, TB paru, *Cerebral Palsy*, dan Tuli.

TB paru ialah terdapat sesak nafas, batuk, sakit dada dan penurunan nafsu makan pada penderita gizi buruk juga menambah terjadinya asupan makan dan minum pasien yang rendah dari kebutuhan. Sementara dengan adanya infeksi, kebutuhan zat gizi menjadi meningkat karena tubuh memerlukan energi untuk kegiatan dasar tubuh dan melawan penyakit itu sendiri. Oleh karenanya, kebutuhan bahan makanan yang mengandung antioksidan seperti vitamin C,

vitamin E, karoten dan selenium meningkat. Antioksidan sangat dibutuhkan untuk melindungi paru dari proses inflammasi akibat asap rokok dan polutan lainnya yang juga menjadi penyebab dari penyakit TB itu sendiri. Penggunaan obat TB dapat juga mengganggu utilisasi zat gizi. Beberapa obat yang umum digunakan oleh penderita TB seperti isonized (INH), rifampicin, ethambutol, dan pyrazinamide memiliki interaksi yang erat dengan makanan. Adanya ketidakmampuan memenuhi kebutuhan zat gizi yang meningkat inilah yang mengakibatkan tubuh mengalami defisiensi/kekurangan zat gizi terutama energi dan protein. Karena itu, tubuh menggunakan cadangan tubuhnya. Itulah yang menyebabkan penurunan berat badan, lemah dan penderita tampak kurus.

Sedangkan *Cerebral Palsy* berdasarkan wawancara peneliti dengan bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk “*Cerebral Palsy* itu seperti ini, jadi waktu balita sudah mulai berjalan tidak bisa berjalan, sudah bisa ngomong tapi tidak bisa ngomong, ini yang susah apalagi tumbuh kembangnya berbeda tadi balita pada umumnya”. Berdasarkan wawancara diatas *Cerebral Palsy* adalah kelainan permanen pada otak yang memengaruhi perkembangan motorik dan postur tubuh, seringkali terjadi pada otak yang sedang dalam tahap tumbuh kembang. Kelainan ini bukan disebabkan karena perkembangan otak yang tidak sempurna, melainkan karena kerusakan otak yang terkena trauma, kuman, virus maupun hal lain yang menyerang otak namun penyakit ini bukanlah penyakit yang menular.

Permasalahan penyakit permanen menjadi permasalahan yang harus segera diselesaikan bagi program GENTASIBU alhasil dari tahun 2009 sampai sekarang

dapat teratasi dikit demi sedikit. Dengan adanya program GENTASIBU kabupaten mendapatkan penghargaan di tahun 2010 yaitu Citra Bhakti Abdi Negara (CBAN) tahun 2010 dari Presiden Susilo Bambang Yudhoyono di Istana, Penghargaan itu diberikan kepada Pemerintah Kabupaten Nganjuk yang dinilai memiliki komitmen kuat dalam mengimplementasikan kebijakan pelayanan publik yaitu terkait pelayanan kesehatan yaitu GENTASIBU dan GERDARISTI. Pemberian penghargaan tersebut dilakukan dua tahun sekali dan telah dimulai sejak 2006 sebagai bagian dari upaya pembinaan aparatur negara dalam mendorong reformasi birokrasi menuju terciptanya pelayanan publik yang benar-benar diharapkan masyarakat. Selain itu WHO turut memberikan penghargaan atas program GENTASIBU yang merupakan apresiasi akan adanya keterlibatan dalam menangani *Malnutrition* (gizi buruk). Pada tahun 2015 program GENTASIBU kembali meraih penghargaan *Population Award* di bidang inovasi kependudukan yang diberikan langsung oleh Kepala BKKBN Pusat Surya Chandra Surapaty di peringatan Hari Keluarga ke 22 Tingkat Provinsi Jawa Timur yang bertempat di Taman Chandra Wilwatikta Pandaan Kabupaten Pasuruan

c. Produk Kreatif

Produk kreatif ini digunakan untuk mengukur suatu kondisi yang kondusif yang artinya dapat menimbulkan kreativitas, inovasi, dan kemampuan. Program GENTASIBU dalam hal ini dapat dikatakan sebagai produk kreatif, dikarenakan program ini terlahir karena adanya kreativitas dan inovasi dari pemerintahan Kabupaten Nganjuk. Kreativitas merupakan suatu hal yang penting karena

keaktivitas ini lah yang menyebabkan kemauan dalam melakukan pengentasan gizi buruk. Sedangkan inovasi disini adalah adanya gagasan tentang program kesehatan, gagasan ini berawal dari istri bupati Kabupaten Nganjuk yaitu Ibu Ita Triwibawati yang notabene adalah non birokrat, riwayat pekerjaan maupun riwayat organisasi di bidang kesehatan. Berikut adalah pemaparan Ibu Ita Triwibawati selaku penggagas program GENTASIBU pada waktu Evaluasi Program GENTASIBU pada tanggal 23 Agustus 2017.

“Pertama kali suami saya menjadi Bupati permasalahan pertama yang saya hadapi disini adalah melihat banyaknya kasus tentang gizi buruk, pada waktu itu ada sekitar 524 balita gizi buruk bagaimana saya tidak kaget, sehingga saya menggagas program GENTASIBU bersama suami saya, tapi alhamdulillah dari tahun ketahun kita bersama-sama dapat menurunkan angka balita penderita gizi buruk, hari ini pada agenda rutin GENTASIBU evaluasi pertama tahun 2017 masih ada 254 anak yang masih menderita gizi buruk menunjukkan hasil cukup menggembirakan diantaranya ada terdapat perubahan status gizi kearah yang lebih baik menurut tinggi badan sejumlah 165 anak. Kemudian 210 anak berat badan menurut umur menuju kearah yang lebih baik, dan perkembangan kenaikan berat badan sebesar 244 anak 1 anak tetap dan 9 anak turun dan lain-lain ada 6 anak.”(pemaparan tanggal 23 Agustus 2017)

Berdasarkan pemaparan tersebut dapat disimpulkan bahwa penggagas dari program GENTASIBU ini adalah Ibu Ita Triwibawati yang merupakan istri dari bapak Bupati Kabupaten Nganjuk Taufiqurrahman. Tahun awal dimulainya program ini pada tahun 2009 dimana terdapat 524 balita penderita gizi buruk dan setiap tahunnya mengalami penurunan, pada tahun 2017 terdapat 254 balita yang masih menderita gizi buruk dalam semester pertama evaluasi program GENTASIBU terdapat :

- 1) Terdapat perubahan status gizi berdasarkan berat badan menurut tinggi badan yang menuju kearah yang lebih baik sejumlah 165 anak (63,46%).
- 2) Perubahan status gizi berdasarkan berat badan menurut umur menuju kearah yang lebih baik sejumlah 210 anak (80,76%).
- 3) Perkembangan kenaikan berat badan sebesar 244 anak (93,85%), tetap 1 anak (0,38%), turun 9 anak (3,462%), lain-lain 6 anak (2,31%).

Program GENTASIBU sebagai produk kreatif ini memberikan dampak baik kepada masyarakat, dengan kreativitas yang timbul setelah program ini membuat masyarakat lebih berdaya dan juga membuat masyarakat lebih terfasilitasi melalui program kesehatan. Hal ini sama seperti hasil wawancara peneliti dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

“Jadi seperti ini, Program GENTASIBU ini telah menghasilkan beberapa program baru seperti GERDARISTI dan GERMAS hal ini tidak luput dari keterkaitan berbagai pihak, memulai keterlibatan dari sektor terkait, seperti di bidang dinas kesehatan dari program kesmas, pelayanan kesehatan, rumah sakit, maupun ada dinas lain yaitu seperti sanitasi lingkungan di Dinas PU dan Penataan Ruang. Kemudian Dinas Sosial seperti faktor sosial adanya nikah secara dini, tidak KB, masalah Pendapatan juga seperti tingkat pendapatan masih rendah tergolong miskin. Kesimpulannya dari satu program dapat menghasilkan keterkaitan keuntungan bagi sektor-sektor lain.”(wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Berdasarkan wawancara diatas produk kreatif setelah adanya program GENTASIBU adalah menjadikan sektor-sektor terkait menjadi saling berkerja

sama dalam mencapai tujuannya, selain itu program GENTASIBU juga telah menghasilkan program lain seperti GERDARISTI, GERMAS, dan Program-Program dari dinas-dinas di Kabupaten Nganjuk, untuk pemerintahan sendiri lebih dimudahkan dalam penanganan dan hubungan kepada masyarakat melalui program GENTASIBU. Selain berdampak pada sektor terkait program GENTASIBU juga mampu menjadi salah satu program yang tujuannya memberdayakan masyarakat tidak hanya pada balita gizi buruk melainkan orang tua balita juga diberdayakan, seperti yang di sampaikan dalam wawancara peneliti dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

“Program GENTASIBU tidak hanya memberikan bantuan berupa medis terhadap balita gizi buruk, kami juga berusaha mengatasi masalah keluarga tujuannya kan bagaimana memberdayakan masyarakat, kami coba menginterpetasikan jadi ada pendataan pada setiap keluarga balita gizi buruk, seperti apakah bapaknya ngrokok walaupun iya kami mencoba mengarahkan, uangnya kan bisa digunakan untuk anaknya apakah juga apa mempunyai perkarangan nanti di berdayakan bisa di tanami sayur-sayuran buah-buahan apa sajalah buat nambah pendapatan, ya alhamdulillah Tingkat pendidikan orang tua mereka jadi meningkat, kan kebanyakan lulusan smp, semuanya kan karena ada perdulian dari masyarakat dari adanya perdulian dari kader untuk selalu membimbing, itu untungnya untuk masyarakat untuk pemerintahan sektor terkait bisa melakukan kebijakan atas kinerja secara sinergis, yang dulu pembangunan jamban dimana base datanya masih kurang sekarang siapa saja yang dikasih sudah ada datanya dari GENTASIBU, sekarang sudah di integrasikan, siapa yg gizi buruk punya rumah yg tidak layak maka adanya sinergis antara dinas kesehatan dengan dinas sosial.” (wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Berdasarkan wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa selain berdampak positif kepada sektor-sektor terkait atau dinas-dinas terkait program GENTASIBU juga sebagai fasilitator antara masyarakat dengan kader dalam memberdayakan

masyarakat hal ini berupa adanya konseling, bimbingan, dan pengawasan dari kader kepada keluarga balita gizi buruk dalam upaya mengatasi permasalahan yang dihadapi tidak hanya masalah kesehatan namun masalah sosial juga ikut terbantu. permasalahan lain pendapatan yang masih tergolong warga miskin maka akan diberikan pengarahan dan diberdayakan untuk bekerja. Kabupaten Nganjuk masih tergolong daerah yang UMR tergolong masih rendah dibandingkan dengan kabupaten-kabupaten lain di Jawa Timur, hal ini karena lowongan pekerjaan yang masih sangat sedikit, maka dalam mengatasi hal ini pemerintah Kabupaten Nganjuk lebih menekankan untuk wirausaha sendiri.

d. Intensitas yang akan Dicapai

Pengukuran efektivitas dari intensitas yang akan dicapai, artinya memiliki ketaatan yang tinggi dalam suatu tingkatan intens sesuatu, dimana ada rasa saling memiliki dengan kadar yang tinggi. Intensitas dalam arti sempit dapat diartikan sebagai jangka waktu dari program yang dijalankan. Program GENTASIBU sendiri sudah dilaksanakan dari tahun 2009 sampai sekarang. Intensitas program GENTASIBU selama 8 tahun ini membuat banyak perubahan dan perkembangan, dimana terdapat perkembangan yang signifikan pada turunya penderita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk. Berikut wawancara peneliti dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

“Intensitas Program GENTASIBU sejak disahkan dan dilaksanakan tahun 2009 hasilnya sangat mengembirakan, sebelum ada program ini kasus gizi buruk marak sekali, perubahannya sangat terasa, dari tahun ketahun alhamdulillah bisa turun, walaupun setiap ada kelahiran pasti

ada penderita gizi buruk, bukan karena masalah kekurangan makan saja, namun ada faktor lain seperti penyakit turunan, permanen ya kami mencoba semaksimal mungkin untuk mengatasinya. Untuk kedepannya program ini selalu ada perubahan menuju yang lebih baik, waktu evaluasi itu kita semaksimal mungkin mencoba memecahkan hambatan-hambatan yang kita alami.” (wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Hasil wawancara diatas dapat dijelaskan bahwa program GENTASIBU dilakukan sudah 8 tahun sejak tahun 2009 dan pada setiap tahunnya penderita gizi buruk mengalami penurunan secara signifikan, hingga tahun ini pelaksanaan program GENTASIBU masih berjalan cukup baik, tercatat ada 254 balita gizi buruk di tahun 2017 yang harus ditangani dengan beragam permasalahan, namun pihak pelaksana program GENTASIBU optimis untuk selalu meningkatkan pelayanan kepada masyarakat penderita gizi buruk. Intensitas yang dicapai juga memiliki arti memiliki rasa saling memiliki dengan kadar artinya pelaksana dan masyarakat memiliki kepedulian yang tinggi dan rasa untuk terus maju demi terciptanya masyarakat yang sejahtera, hal ini seperti yang disampaikan oleh Ibu Lisa selaku Kordinator Kader GENTASIBU kecamatan Kertosono dalam wawancara dengan peneliti.

“Sebagai kader ya harus tetap sabar walaupun sembuhnya lama kita harus selalu memantaunya mendampingi juga kemana saja, kita ini dibayar Cuma sedikit jika tidak karena rasa kemanusiaan yang tinggi mana mau, sebenarnya ada tidak adanya kader masyarakat itu sudah membantu, kita kan orang desa pasti tau sedusun biasanya kan masih keluarga entah itu keponakan sepupu buyut, ya sama saja kita menolong keluarga sendiri, saya juga kasihan melihat keluarga terkena penyakit seperti itu” (wawancara tanggal 23 Agustus 2017)

Berdasarkan wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa kader memiliki rasa memiliki yang sangat tinggi, walaupun harus memantau setiap hari untuk memberikan pengarahan dalam memberi asupan makanan juga mendampingi dalam pemeriksaan di puskesmas atau rumah sakit mereka tetap memiliki tanggung jawab yang tinggi. Kader dipilih oleh bidan desa saat terdapat penjarangan diposyandu bahwa di desa A terdapat balita gizi buruk maka kader di pilih di desa A juga, untuk memudahkan dalam mengawasi dan memantau setiap harinya, sedangkan dinas kesehatan memiliki jadwal rutin 1 bulan sekali untuk mendatangi pos-pos GENTASIBU di setiap kecamatan, dan disitulah permasalahan permasalahan yang dihadapi kader dapat di dilakukan penyelesaiannya apabila terlalu kritis permasalahannya maka sebagai bahan evaluasi di semsternya atau 6 bulan sekali. Hal ini serupa seperti yang dikatakan oleh Ibu Sutinah selaku Ibu dari Agan Purbo Pamungkas Balita penderita Gizi Buruk di desa Nglawak Kertosono.

“Merasa terbantu saya biasanya kalau mau ke posyandu dibimbing sama kader terus sama pihak GENTASIBU nya diberikan bubur kacang hijau, kadang juga buah-buahan seperti pepaya, pisang yang paling sering dikasih tetes vitamin, sering kerumah kadernya tanya-tanya masalah perkembangannya seperti apa, merasa terbantu ada yang memperhatikan” (wawancara tanggal 3 September 2017)

Wawancara diatas dapat dikatakan bahwa kader menjadi peran penting bagi program GENTASIBU hal ini dapat dikatakan bahwa kader memiliki rasa memiliki yang sangat tinggi melakukan pemantauan dan konseling dalam upaya pengentasan gizi buruk, walaupun pos hanya ada 2 di setiap kecamatan namun adanya kader dapat menjadikan program lebih efektif karena pendataan dan

pemantauan gizi dapat dilakukan setiap waktu tanpa harus datang ke pos GENTASIBU.

2. Faktor Pendukung dan Penghambat

a. Faktor Pendukung

1) Sebagai Program Andalan Kabupaten Nganjuk

Suatu program yang dibuat oleh pemerintah pasti memiliki alasan yang mendorong adanya program itu. Faktor pendorong itu dapat berupa fisik dan juga non-fisik. Hal yang menjadi faktor pendukung pertama dalam program GENTASIBU adalah dijadikannya program ini sebagai program andalan Kabupaten Nganjuk yang mana dalam publikasinya terhadap masyarakat lewat motto “Jadikan Nganjuk sebagai Kabupaten Bebas Gizi Buruk”. Motto tersebut terpampang pada reklame di setiap jalanan utama Surabaya-Madiun, di setiap jalan-jalan di setiap kecamatan dan juga pada setiap organisasi kesehatan pemerintah Kabupaten Nganjuk. Hal ini dijadikan sebagai pendorong bagi pemerintah dan masyarakat untuk selalu berupaya mengatasi masalah gizi buruk. Berikut adalah hasil wawancara peneliti dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

“Berbicara tentang faktor pendukung yang pastinya program ini adalah program andalan di Kabupaten Nganjuk, karena program ini yang bisa dibilang paling baik dimata masyarakat, paling dekat dengan masyarakat dan ada dukungan penuh dari masyarakat, dari segi pemerintah sendiri dukungan penuh dari pemerintah pusat hingga memberikan penghargaan atas kontribusi dalam pengentasan gizi buruk” (wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Berdasarkan wawancara diatas dapat dijelaskan bahwa sebagai program Andalan Kabupaten Nganjuk program GENTASIBU dari tahun ketahun mendapatkan kepercayaan dari Pemerintah Pusat, Provinsi dan juga masyarakat Kabupaten Nganjuk sendiri. Keseriusan Pemerintah Kabupaten Nganjuk dalam mengatasi gizi buruk menjadi suatu dorongan tersendiri demi tercapai nya Nganjuk sebagai Kabupaten bebas akan balita gizi buruk.

2) Adanya Dukungan Dari Swasta

Suatu Program dapat dikatakan efektif tidak terlepas dari adanya dukungan baik itu internal maupun eksternal, dalam program GENTASIBU adanya dukungan dari pihak swasta memberikan program ini semakin lebih dibantu dalam segi kualitas maupun kuantitas, salah satunya bantuan dari swasta adalah adanya CSR (*Corporate Social Responsibility*). CSR sendiri adalah suatu konsep atau tindakan yang dilakukan oleh perusahaan sebagai rasa tanggung jawab perusahaan terhadap sosial maupun lingkungan sekitar dimana perusahaan itu berada, seperti melakukan suatu kegiatan yang dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat sekitar dan menjaga lingkungan, memberikan dana untuk pemeliharaan fasilitas umum, sumbangan untuk membangun desa/fasilitas masyarakat yang bersifat sosial dan berguna untuk masyarakat banyak, khususnya masyarakat yang berada di sekitar perusahaan tersebut berada. Berikut adalah wawancara peneliti dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk

“Adanya CSR itu salah satu faktor pendukung kami, itukan sebagai wujud nyata dari Tanggungjawab perusahaan, sangat terbantu, saya

berharap dikemudian-kemudian, banyak perusahaan yang terus peduli dengan sosial masyarakat, bantuan seperti ini kan pasti langsung kita sampaikan ke masyarakat.” (wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Berdasarkan wawancara diatas dapat dijelaskan bahwa CSR sangatlah membantu dalam pelaksanaan program GENTASIBU. Pada tahun 2010 adanya bantuan CSR dari Bank Jatim untuk pelaksanaan program GENTASIBU yang bekerja sama dengan Tim Penggerak PKK kabupaten Nganjuk. Berikut adalah Tabel tentang anggaran yang disalurkan PT. Bank Pembangunan Daerah Jawa Timur kepada Program GENTASIBU:

Tabel 8 Realisasi Program CSR Bank Jatim Tahun 2010

PROGRAM BIDANG KESEHATAN (HEALTHY SECTOR PROGRAM)				
Tanggal	Pelaksana	Kegiatan	Activities	Biaya
07/05/2010	Kantor Cabang Nganjuk	Pelaksanaan Kegiatan Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) Kerja sama dengan Tim Penggerak PKK Kabupaten	<i>Implementation Activities Malnutrition Poverty Movement (GENTASIBU) collaboration with teams of PKK Nganjuk</i>	62.880.000

Sumber : Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perusahaan *Corporate Social Responsibility* 2010 PT Bank Pembangunan Daerah Jawa Timur (2010)

3) Adanya Keperdulian dari Pemerintah

Dalam meningkatkan efektivitas dari Program GENTASIBU agar berjalan sesuai dengan rencana yang dicanangkan, harus ada hal-hal yang mendukung program GENTASIBU, salah satu dukungan adalah adanya keperdulian dari pemerintah baik itu pusat, provinsi maupun pemerintah Kabupaten Nganjuk

sendiri. Dukungan program bagi pemerintah dalam pembangunan dan pelayanan masyarakat menjadi indikator penting dalam pemberdayaan masyarakat. Program Sendiri mendapatkan perhatian yang serius dari pemerintah Kabupaten Nganjuk dimana mewajibkannya memberikan pada anak usia lahir sampai anak usia 5 tahun, yang ditangani secara serius dan profesional, sehingga anak tidak kekurangan gizi, yang ditindak lanjuti oleh dokter gizi atau umum, yang di kontrol oleh petugas GENTASIBU. Sedangkan untuk tingkat keberhasilannya sudah mencapai 90% lebih artinya benar-benar ada keseriusan dari pemerintahan Kabupaten Nganjuk. Berikut adalah wawancara peneliti dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

“Pemerintah Kabupaten Nganjuk memang serius untuk melaksanakan program GENTASIBU hal ini karena penggagas memang istri dari bupati sendiri, dukungan dari pemerintah pun sangat besar, seperti bantuan langsung dari dinas-dinas terkait tidak hanya dinas kesehatan, program GENTASIBU memang selama ini dianggap berhasil karena memang setiap tahunnya mengalami penurunan angka balita gizi buruk” (wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Berdasarkan wawancara diatas dapat dijelaskan bahwa pemerintah daerah Kabupaten Nganjuk sangat serius dalam mendukung program GENTASIBU hal ini karena memang penggagas program GENTASIBU adalah istri dari Bupati Kabupaten Nganjuk yaitu Ibu Ita Triwibawati. Selain itu, adanya simbiosis antara dinas-dinas sangat membantu dalam mewujudkan kesuksesan program GENTASIBU dalam pelaksanaan kesehatan di Kabupaten Nganjuk.

4) Tersedianya Sarana dan Prasarana yang Memadahi

Program GENTASIBU ini memang mempunyai beberapa faktor yang mendukung pelaksanaannya. Terdapat satu hal yang paling penting pada pelaksanaan program ini, yaitu ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai. Hal ini dikarenakan adanya sarana dan prasarana yang memadai akan menentukan keberhasilan dan efektivitas dari suatu program. Sarana dan prasarana yang ada untuk program GENTASIBU dinilai sudah mencukupi, dimana hal ini terlihat dari keberhasilan melaksanakan rangkaian program yang berjalan dengan atau tanpa ada kendala yang serius. Berikut ini hasil wawancara peneliti dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

“Sarana dan prasarana yang disediakan untuk pelaksanaan Program GENTASIBU ini, sarananya salah satunya adalah, adanya tenaga ahli gizi, adanya kader, sedangkan prasarananya ada mobil GENTASIBU sebanyak 2, kemudian ada 42 pos GENTASIBU yang tersebar di Kabupaten Nganjuk, dan lain-lainnya adalah adanya kepedulian masyarakat dan kepedulian sektor-sektor terkait juga pemerintah daerah”(wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Berdasarkan wawancara tersebut dapat disimpulkan bahwa Sarana dan prasarana dalam pelaksanaan program GENTASIBU dinilai mencukupi, yaitu sarana tenaga ahli gizi berjumlah 33 ahli gizi, 9 Laki-laki dan 24 Perempuan yang tersebar di seluruh puskesmas dan rumah sakit Kabupaten Nganjuk, kemudian ada kader pendamping. Sedangkan prasarananya ada Mobil GENTASIBU sebanyak 2 yang berguna untuk mendatangi pos GENTASIBU yang tersebar di Kabupaten Nganjuk setiap 1 bulan sekali. Dan kemudian ada 42 pos yang tersebar di Kabupaten Nganjuk berikut data tabel.

Tabel 9 Pos GENTASIBU yang Tersebar di Kabupaten Nganjuk

No	Kecamatan	Pos GENTASIBU
1.	Berbek	1. Balai Desa Militer 2. Balai Desa Sonopatih 3. Balai Desa Maguan
2.	Sawahan	1. Pustu Ngliman 2. Polides Sidorejo 3. Polides Mojo
3.	Loceret	1. Balai Desa Bajulan 2. Pustu Ngepeh 3. Balai Desa Sekaran
4.	Ngetos	1. Balai Desa Blongko 2. Balai Desa Kuncir 3. Polides Kepel
5.	Sukomoro	1. Puskesmas Induk 2. Pustu Puten
6.	Tanjunganom	1. Polides Tanjunganom 2. Polides Sidoharjo 3. Polides Sumber Kepuh 4. Polides Getas
7.	Pace	1. Balai Desa Joho 2. Balai Desa Kecubung 3. Balai Desa Pace Kulon
8.	Prambon	1. Pustu Tegarom
9.	Lengkong	1. Balai Desa Sumber Kepuh 2. Balai Desa Sawahan
10.	Jatikalén	1. Posyandu Desa Jatikalén
11.	Patianrowo	1. Balai Desa Ngepung 2. Balai Desa Ngrombot
12.	Baron	1. Puskesmas Induk
13.	Kertosono	1. Kantor Kec. Kertosono 2. Balai Desa Tanjung
14.	Ngronggot	1. Balai Desa Kelurahan 2. Balai Desa Ngronggot
15.	Ngluyu	1. Puskesmas Induk
16.	Rejoso	1. Puskesmas Induk 2. Pustu Sukorejo

No.	Kecamatan	Pos GENTASIBU
17.	Wilangan	1. Puskesmas Induk
18.	Gondang	1. Puskesmas Induk
19.	Bagor	1. Balai Desa Ngumpul 2. Kantor Kecamatan
20.	Nganjuk	1. Puskesmas Induk 2. Balai Kelurahan Payaman

Sumber : Brosur GENTASIBU (2010)

5) Kesungguhan Kader dalam Menangani Kasus Gizi Buruk

Pelaksanaan program GENTASIBU tidak akan berjalan dengan baik tanpa adanya Kader pendamping. Kader sebagai Pemantau status gizi, pemeriksa kondisi gizi, konseling gizi, dan juga memberdayakan orang tua balita. Walaupun dibayar hanya 50 ribu namun kader tetap semangat dalam mendampingi balita gizi buruk Hal ini dapat dibuktikan saat wawancara peneliti dengan Ibu Suryani Selaku Kader GENTASIBU sekaligus anggota di Posyandu Desa Nglawak Kecamatan Kertosono.

“dibayar Cuma berapa, kalau kerja dengan ikhlas kan terasa ringan, apalagi itung-itung amal membantu saudara sendiri, juga tugas kader tidak mengganggu pekerjaan rumah, apalagi kan tidak setiap hari seminggu minimal 3 kali tugasnya palingan datang menjenguk menimbang berat badan sama mengukur tinggi badan, terus menanyakan apa saja keluhan sama hambatan kalau bisa di selesaikan akan diselesaikan juga, kalau tidak bisa menunggu petugas puskesmas sama TP PKK.”(wawancara tanggal 2 September 2017)

Berdasarkan wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa kader memiliki semangat dan kepedulian yang tinggi dalam mendampingi balita gizi buruk.

Pendampingan balita gizi buruk oleh kader minimal dilakukan 3 kali dalam 1 minggu, dan tugasnya adalah:

- 1) Sebagai Gerakan masyarakat untuk datang menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan
- 2) Menilai nafsu makan dan asupan makanan balita
- 3) Menanyakan dan menganjurkan agar orang tua tidak merokok
- 4) Menyelenggarakan kegiatan GENTASIBU 3 kali dalam seminggu
- 5) Mengingatkan orang tua balita mengenai posyandu
- 6) Membimbing orang tua balita mengenai masalah dan memecahkannya.

b. Faktor Penghambat

1) Adanya Penyakit Permanen

Dalam pelaksanaan program selalu ada hambatan yang dilalui, hal ini tidak dapat dipungkiri apabila sebuah program tidak dapat dikatakan sempurna dalam pelaksanaannya, hambatan pasti ada. Salah satu hambatan paling krusial dalam pelaksanaan program GENTASIBU yaitu adanya penyakit permanen yang dapat membuat program GENTASIBU dianggap gagal dalam mengatasi penyakit gizi buruk. Hal ini serupa dalam wawancara peneliti dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

“Faktor penghambat, satu yg paling krusial yaitu apabila kita temukan balita gizi buruk mempunyai penyakit permanen, dan sulit disembuhkan, jadinya kan kader patah semangat, seperti penyakit

Jantung, *Cerebral Palsy*, TB Paru, Tuli, dan lainnya. *Cerebral Palsy* Yaitu saraf-saraf nya tidak bekerja dengan optimal harusnya bisa berdiri tapi tidak bisa pada waktunya, ada juga TB Paru pada anak itu sulit, itu obatnya harus dikonsumsi setiap hari, namanya anak kalau disuruh konsumsi obat setiap hari itu sulit, jadi kita ada intervensi ada 41 anak yg memiliki penyakit permanen. solusi tetap ada, kita tetap berusaha menyembuhkan yaitu kita menormalkan dulu, nanti kita kasih dana apabila dari keluarga tidak mampu, memberikan SKTM dan membantu rujukan ke rumah sakit sampai ke Dr. Soetomo secara gratis,”(wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Berdasarkan wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa adanya penyakit permanen menjadikan hambatan yang paling krusial dalam pelaksanaan program GENTASIBU. Penyakit permanen inilah yang menjadikan kader menjadi patah semangat sehingga dalam pelaksanaan tidak ada hasil yang positif, berdasarkan data ada 41 balita yang memiliki penyakit permanen, tidak hanya dikarenakan kekurangan makanan namun juga penyakit bawaan juga penyakit saat lahir. Hal ini dibenarkan dari pemaparan Ibu Ita Triwibawati selaku Pengagas Program GENTASIBU dalam agenda Evaluasi semester I GENTASIBU Tahun 2017.

“Memang mengentaskan kasus gizi buruk dan menekan angka kematian ibu dan bayi tidak mudah tetapi kita harus bergandengan tangan untuk memecahkan masalah tersebut. Dari beberapa yang masih menjadi kendala bagi kami dalam menjalankan program GENTASIBU adalah masih terdapat balita kurang gizi yang mempunyai sakit permanen atau sulit sembuh seperti kelainan tumbuh kembang, kelainan Jantung, *Hidrocephalus* dan lain-lain yaitu sekitar 41 anak, serta yang menderita sakit non permanen dan permanen sekitar 72 anak. Dari faktor ini mengakibatkan banyak kader dan ibu balita sendiri yang merasa apatis dan bosan karena tidak mengalami perubahan juga masih ditemukan balita kurang gizi yang asupanya di bawah standar yaitu 86 anak walaupun sudah diberikan PMT pemulihan.” (Pemaparan Evaluasi I Program GENTASIBU tanggal 23 Agustus 2017)

Berasarkan pemeparan diatas dapat dijelaskan bahwa apa yang dipaparkan Ibu Ita merupakan permasalahan yang dihadapi Program GENTASIBU yaitu adalah adanya penyakit permanen. Menurut data yang dipaparkan di Evaluasi Semester I Program GENTASIBU tahun 2017 adalah sebagai berikut:

- 1) Masih terdapat balita kurang gizi yang mempunyai sakit permanen atau sulit sembuh seperti Kelainan Tumbuh Kembang, Kelainan Jantung, *Hidrocephalus* dan lain-lain yaitu sekitar 41 anak (15,77%), serta yang menderita sakit non permanen dan permanen sekitar 72 anak (27,69%). Dari faktor ini mengakibatkan banyak kader dan ibu balita sendiri yang merasa apatis dan bosan karena tidak mengalami perubahan.
- 2) Masih ditemukan balita kurang gizi yang asupanya di bawah standart yaitu 86 anak (38,08%) walaupun sudah diberikan PMT pemulihan

2) Kurangnya Pengetahuan Tentang Kesehatan dari Masyarakat

Salah satu perhatian dari program GENTASIBU adalah permasalahan tentang kurangnya pengetahuan dan kepedulian dari masyarakat tentang kesehatan, hal ini bersifat penting karena faktor dari masyarakat sangatlah diperlukan tidak hanya pelaksanaan Program GENTASIBU saja yang menangani namun dari masyarakat juga harus ikut andil didalamnya. Berikut adalah wawancara peneliti dengan Bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala bidang Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.

“masyarakat sendiri ada yang mau menuruti, ada juga yang masih tidak peduli, seperti halnya merokok itu sudah berapa kali kader menyampaikan tetap tidak dianggap, masih lumayan banyak yang

merokok dari keluarga balita gizi buruk, dan selain itu kebanyakan orang tuanya lulusan smp/sd dari keluarga kurang mampu dan pekerjaannya petani atau buruh serabutan. Itu salah satu hambatan yang kami alami” (wawancara tanggal 30 Agustus 2017)

Berdasarkan wawancara diatas dapat dijelaskan hambatan dari program GENTASIBU adalah minimnya pendidikan orang tua balita gizi buruk akan pentingnya hidup sehat, hal ini dikarenakan orang tua balita gizi buruk masih merokok, sebenarnya dana rokok bisa dipergunakan untuk kebutuhan yang lebih perlu seperti untuk keperluan balita gizi buruk. Hal ini serupa dengan apa yang dipaparkan oleh Ibu Ita Triwibawati selaku Pengagas Program GENTASIBU dalam agenda Evaluasi semester I GENTASIBU Tahun 2017.

“Kami laporkan pada tahun 2017 ini jumlah sasaran program GENTASIBU sebanyak 254 balita yang menderita kurang gizi. Dari data tersebut ada beberapa faktor dari orang tua yang menghambat dalam penanganan program GENTASIBU seperti halnya minimnya pendidikan orang tua balita gizi buruk, masih banyak yang merokok, masih banyak pencemaran lingkungan seperti pembuangan sampah dan limbah sembarangan, dan juga dalam keluarga kurang mampu sehingga kesadaran akan kesehatan sangat kurang” (Pemaparan Evaluasi I Program GENTASIBU tanggal 23 Agustus 2017)

Berdasarkan pemaparan diatas dapat dijelaskan bahwa permasalahan akan orang tua balita gizi buruk sangatlah penting, karena salah satu faktor dari keberhasilan dari program GENTASIBU adalah adanya dukungan dari orang tua. Lingkungan yang kotor juga menjadi salah satu penyebab adanya penyakit, maka hal ini harus menjadi perhatian yang serius. Berikut adalah data ada beberapa faktor dari orang tua yang menghambat dalam penanganan program GENTASIBU diantaranya adalah sebagai berikut :

Tabel 10 Faktor Penghambat dalam Pelaksanaan GENTASIBU

No	Indikator	GENTASIBU (%)
1	Pendidikan orang tua (SD) dan (SMP)	71
2	Status warga miskin	70
3	Lantai rumah dari tanah	27
4	Pembuangan limbah (STANDAR)	15
5	Kepemilikan jamban (TIDAK PUNYA)	13
6	Kebiasaan merokok	38

Sumber : Evaluasi I tahun 2017 Program GENTASIBU

3) Ketersediaan Pendanaan yang Masih Sedikit

Program GENTASIBU tidak lepas dari peranan Kader Pendamping, karena Kader merupakan unsur yang paling krusial bagi keberhasilan pelaksanaan Program GENTASIBU. Program dianggap efektif apabila segala sesuatu dinilai sudah mencukupi, salah satunya ialah pendanaan. Dengan adanya pendanaan yang baik maka pelaksanaan program akan baik pula. Berikut adalah wawancara peneliti dengan Ibu Suryani Selaku Kader GENTASIBU sekaligus anggota di Posyandu Desa Nglawak Kecamatan Kertosono.

“Sebagai kader GENTASIBU saya cuma dibayar 50 ribu rupiah, itupun kalau hadir waktu kunjungan TP PKK ke pos GENTASIBU, kalau tidak ya tidak dikasih, dulu awal tahun 2011 hanya dikasih 10 ribu, kemudian naik 15 ribu ya sekarang sudah 50 ribu, tidak pasti kami dibayar berapa, kalau masalah bayaran juga kalau dikasih banyak kan kerja jadi enak, kalau masalah sering tidaknya juga sering tidak dibayar”(wawancara tanggal 2 September 2017)

Berdasarkan wawancara diatas dapat dijelaskan bahwa dalam urusan pendanaan yang diberikan kepada kader sejumlah Rp. 50.000,00 diberikan 1 bulan sekali saat ada kunjungan dari TP PKK ke pos GENTASIBU, namun hal

tersebut tidak pasti memang kader pendamping disebut sebagai kader sukarela yang mana mendampingi balita gizi buruk tanpa ada imbalan, namun apabila masalah ini kemudian dianggarkan hal ini akan mempengaruhi kinerja kader karena melakukan sesuatu tindakan dengan dibayar akan lebih efektif dalam pencapaian keberhasilan.

C. Analisis dan Interpretasi

1. Efektivitas pelaksanaan program GENTASIBU sebagai upaya mengatasi balita penderita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

a. Jumlah Hasil yang Dapat Dikeluarkan

Jumlah hasil yang dapat dikeluarkan, artinya hasil tersebut berupa kuantitas atau bentuk fisik dari organisasi, program atau kegiatan. Hasil dimaksud dapat dilihat dari perbandingan (*ratio*) antara masukan (*input*) dengan keluaran (*output*) (Krech, Cruthfied dan ballachey (1962) yang dikutip Danim, 2004: 119-120). Jika dikaitkan dengan teori diatas dengan hasil wawancara, dokumentasi, dan hasil observasi oleh peneliti, Hasil yang dikeluarkan dalam hal ini merujuk pada seberapa efektifnya pelaksanaan program GENTASIBU terhadap tujuan-tujuan yang dicanangkan, yaitu terciptanya program ini dalam mengatasi problematika gizi buruk yang ada di Kabupaten Nganjuk atau kata lain dapat menjadikan kabupaten Nganjuk sebagai Kabupaten bebas akan gizi buruk. Jika hal itu terpenuhi, maka akan terjadi penurunan angka gizi buruk yang ada di Kabupaten Nganjuk. Suatu program pemerintah dikatakan berhasil apabila program itu dapat

menjawab semua tujuan-tujuan yang dicanangkan sebelum itu berlangsung. Setelah ada 8 tahun program GENTASIBU dilaksanakan, peneliti melihat adanya perbedaan dalam permasalahan gizi buruk di kabupaten Nganjuk. Perubahan tersebut adalah dalam 8 tahun setiap tahunnya selalu ada penurunan angka penderita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk. Program GENTASIBU di tahun 2017 jumlah sasaran sebanyak 254 dimana pada awal pencanangan program ini terdapat 524 balita. Dari tahun 2009 sampai 2016 sebanyak 270 yang sudah dalam fase normal sisanya sebanyak 254 balita yang menderita kurang gizi yang mempunyai resiko tinggi sampai sangat tinggi dalam hal ini setiap tahunnya selalu ada kasus gizi buruk di Kabupaten Nganjuk karena dalam kelahiran selalu ada kasus gizi buruk.

Berdasarkan pada penyajian data tentang Jumlah hasil yang dikeluarkan, peneliti melihat perbandingan (*ratio*) antara masukan (*input*) dengan keluaran (*output*) juga menggunakan teori yang dikemukakan Azwar (1999) tentang suatu pelayanan kesehatan harus memiliki atau memberi pengaruh kepada masyarakat terhadap penggunaan jasa pelayanan kesehatan, yakni :

- 1) Ketersediaan dan Kestinambungan Pelayanan

Pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat (*acceptable*) serta berkesinambungan (*sustainable*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat adalah ada pada tiap saat dibutuhkan. Dalam teori ini, program GENTASIBU merupakan program yang tersedia di masyarakat hal ini karena program GENTASIBU berada di 42 pos dan juga setiap posyandu seluruh

kabupaten Nganjuk, karena dari posyandu balita gizi buruk dapat terjaring. Selanjutnya program GENTASIBU merupakan program yang berkelanjutan karena saat balita sudah terjaring, maka akan dipilihkan kader pendamping dan di data kemudian ditangani oleh ahli gizi sampai sembuh.

2) Kewajaran dan Penerimaan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang baik adalah bersifat wajar (*appropriate*) dan dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat. Artinya pelayanan kesehatan tersebut dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik. Dalam teori ini, Program GENTASIBU dinilai wajar karena tidak merusak adat istiadat atau budaya masyarakat Nganjuk, dan juga dapat diterima dengan baik dalam masyarakat karena demi terciptanya cita-cita bersama yaitu bebas dari balita gizi buruk.

3) Mudah Dicapai oleh Masyarakat

Pengertian dicapai yang dimaksud disini terutama dari letak sudut lokasi mudah dijangkau oleh masyarakat, sehingga distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Jangkauan fasilitas pembantu untuk menentukan permintaan yang efektif. Bila fasilitas mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat pengguna di masa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa akan datang. Dalam teori ini, Program GENTASIBU mudah dicapai oleh masyarakat karena masyarakat

tidak perlu datang jauh-jauh karena adanya posyandu setiap bulan maka akan terjaring balita penderita gizi buruk dan juga fasilitas mobil GENTASIBU sebanyak 2 yang dipergunakan untuk mendatangi 42 pos GENTASIBU yang tersebar di seluruh Kabupaten Nganjuk dalam kurun waktu 1 bulan sekali.

4) Terjangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang terjangkau (*affordable*) oleh masyarakat, dimana diupayakan biaya pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian masyarakat saja. Dalam teori ini, program GENTASIBU tidak memungut biaya sepeserpun bagi yang tidak mampu.

5) Mutu

Mutu (kualitas) yaitu menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan menunjukkan kesembuhan penyakit serta keamanan tindakan yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Dalam teori ini, program GENTASIBU memiliki 33 tenaga ahli gizi yang tersebar diseluruh Kabupaten Nganjuk maka dalam hal ini kualitas adalah yang diutamakan dalam proses penyembuhan balita gizi buruk.

Berdasarkan temuan diatas dapat dijelaskan bahwa program GENTASIBU menghadirkan pelayanan kesehatan yang cukup baik, dimana program GENTASIBU dianggap baik dalam teori Pelayanan kesehatan menurut Azwar (1999). Hal ini disebabkan karena pelayanan kesehatan yang dihasilkan

memberikan perubahan pelayanan yang diberikan oleh pemerintah menjadi lebih efektif.

b. Tingkat Kepuasan

Program yang dibuat oleh pemerintah nantinya akan memberikan dampak pada penerima program tersebut atau sasaran program tersebut. Tingkat kepuasan yang diperoleh, artinya ukuran dalam efektivitas ini dapat kuantitatif (berdasarkan pada jumlah atau banyaknya) dan dapat kualitatif (berdasarkan pada mutu) (Krech, Cruthfield dan Ballachey yang dikutip Danim, 2004: 119-120). Dampak dari program GENTASIBU yang dirasakan yaitu berasal dari masyarakat terkhususnya masyarakat penderita gizi buruk sebagai sasaran atau orientasi program tersebut. Jika dikaitkan dengan teori, hasil wawancara, dokumentasi, dan juga hasil observasi, hasil yang didapatkan dari adanya program GENTASIBU memberikan perbedaan yang lebih baik dari sebelum adanya program ini dilaksanakan. Hasil dari kuesioner yang dibagikan oleh Dinas Kesehatan dan juga TP PKK kepada sasaran GENTASIBU yaitu masyarakat penderita gizi buruk hampir semua menyebutkan bahwa mereka puas dan sangat terbantu dengan adanya program GENTASIBU karena dapat membantu mereka dalam mengatasi penyakit gizi buruk.

Terdapat suatu kendala dalam hal ini, yaitu Program GENTASIBU menemukan penyakit permanen. Hal ini yang mengakibatkan masyarakat kurang puas, karena penyakit permanen adalah hambatan yang paling krusial dalam pelaksanaan program GENTASIBU. Terdapat 41 Balita di tahun 2017 yang

terkena penyakit permanen sehingga membuat para kader pendamping bosan dan tidak semangat. Hambatan inilah yang selama program dibuat sampai sekarang menjadi permasalahan yang serius, untuk itu GENTASIBU berupaya untuk mencari solusi salah satunya adalah menormalkan dahulu, jika dalam waktu tertentu tidak dapat berubah maka akan dibawa ke pihak provinsi dirujuk ke Rumah sakit Dr. Soetomo.

Peneliti pada hal ini juga melihat kepuasan dari masyarakat dengan melakukan wawancara terkait program GENTASIBU. Jika dikaitkan dengan hasil wawancara dengan keluarga penderita gizi buruk, maka teori yang digunakan dan hasil observasi, peneliti menilai bahwa kepuasan dari masyarakat sudah baik. Hal ini disebabkan karena hasil yang penulis dapat dan juga tertera pada penyajian data bahwa kepuasan masyarakat yang belum puas dikarenakan adanya penyakit permanen dan alasan-alasan yang hampir sama. Oleh karena itu, perlunya ada pengembangan pada setiap tahunnya dan segera mengatasi permasalahan-permasalahan yang ada, agar masyarakat yang kurang puas dapat menjadi puas. Dengan adanya evaluasi akan selalu mengarah pada tujuan meningkatkan kualitas maupun kuantitas.

c. Produk Kreatif

Program Kreatif dalam hal ini memiliki arti penciptaan hubungan kondisi yang kondusif dengan dunia kerja, yang dapat menumbuhkan kreativitas dan kemampuan (Krech, Cruthfield dan Ballachey yang dikutip Danim, 2004: 119-120). Analisis dengan pengertian diatas dengan hasil wawancara yang tertera pada

penyajian data dan juga hasil observasi dan dokumentasi peneliti, Program GENTASIBU dapat dikatakan sebagai produk kreatif. Hal ini karena Pemerintah Kabupaten Nganjuk bersama dengan Dinas Kesehatan dan juga TP PKK membuat program ini karena adanya permasalahan yang terdapat di kabupaten Nganjuk yaitu permasalahan adanya penyakit gizi buruk yang sangat banyak hingga mencapai 524 Balita penderita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk. Adanya program ini diharapkan dapat memberikan perkembangan dan juga dapat menjadikan kabupaten Nganjuk sebagai Kabupaten bebas akan penyakit gizi buruk. Program GENTASIBU ini dapat dijelaskan menurut pendapat Howkins yang dikutip Suryana (2013: 25)

1) Peninjauan/Pengkajian Ulang (*Review*)

Sebelum program GENTASIBU dicanangkan oleh Pemerintah Kabupaten Nganjuk yang mana digagas oleh istri bupati yaitu Ibu Ita Triwibawati, Ibu Ita melihat permasalahan-permasalahan yang ada. Permasalahan yang ada yaitu adalah banyaknya penderita gizi buruk di kabupaten Nganjuk. Berdasarkan pengamatan yang dilakukan peneliti, dapat terlihat bahwa sebelum penyelenggaraan program GENTASIBU Pemerintah Kabupaten Nganjuk melakukan peninjauan ulang. Maksud dari peninjauan ulang dalam hal ini adalah seberapa besar permasalahan yang ada pada suatu pelayanan publik. Peninjauan ulang juga dilaksanakan pada rangkaian yang akan dilaksanakan dalam program GENTASIBU yang berguna untuk menentukan apa yang menjadi tujuan dari program GENTASIBU.

2) Inkubasi (*Incubation*)

Inkubasi dalam hal ini memiliki pengertian sebagai pembiaran ide-ide untuk saling mencocokkan sendiri. Pada program GENTASIBU ini, inkubasi yang dimaksud terdapat pada pelaksanaan program GENTASIBU dalam mengatasi Penyakit gizi buruk, inkubasi yang dilakukan untuk memberikan waktu dan ruang kepada pelaksanaannya untuk terus memberikan kualitas dan juga kreativitas pada pelayanan kesehatan.

3) Mengkhayal (*Dreams*)

Mengkhayal diartikan sebagai mimpi-mimpi yang nantinya akan tercapai setelah adanya program GENTASIBU. Peneliti melihat adanya mimpi-mimpi yang terdapat pada program GENTASIBU, dimana mimpi utamanya adalah terciptanya kabupaten Nganjuk menjadi kabupaten bebas akan Gizi Buruk. Mewujudkan Hal ini memang tidak mudah, karena disetiap kelahiran pasti ada kasus gizi buruk, maka perlu beberapa tahap untuk dapat mencapainya. Dengan adanya evaluasi setiap semesternya dengan tujuan mengatasi hambatan-hambatan dengan begitu untuk mewujudkan mimpi menjadikan kabupaten Nganjuk bebas akan gizi buruk, dapat diwujudkan meskipun mencapainya membutuhkan waktu yang relatif lama.

4) Rangsangan (*Excitement*)

Program GENTASIBU ini terdapat rangsangan-rangsangan yang dapat menunjukkan adanya suatu kreativitas. Rangsangan yang dimaksud adalah visi misi Kabupaten Nganjuk yaitu “menjadikan kabupaten

Nganjuk semakin Jaya” Jaya disini mempunyai maksud adalah kesejahteraan masyarakat. Berdasarkan pengamatan peneliti, hal ini dapat dikatakan sebagai rangsangan yang memacu adanya program GENTASIBU. GENTASIBU dibuat untuk mengikuti arus visi misi tersebut, karena tidak akan pernah bisa kabupaten dikatakan maju dan sejahtera apabila masih banyak yang menderita karena penyakit.

5) Pemeriksaan secara Nyata (*Reality Check*)

Sebelum Program GENTASIBU dilaksanakan, peneliti melihat bahwa pemerintah daerah Kabupaten Nganjuk melakukan analisi terkait program GENTASIBU, maksudnya adalah apakah program ini akan berhasil mewujudkan mimpi-mimpi yang dicanangkan sebelumnya atau tidak.

Berdasarkan temuan diatas, Program GENTASIBU membuat kreativitas lebih baik, dimana saat ini terdapat berbagai produk kreatif yang dihasilkan. Sebenarnya produk yang dimaksud yaitu berbagai dampak positif dalam masyarakat, namun setelah adanya program ini penulis melihat adanya perubahan yang lebih baik. Perubahan yang dihasilkan ini dapat dikatakan perubahan yang berguna sebagai peningkatan pelayanan kesehatan yang sudah ada. Berdasarkan perubahan tersebut berdampak pada kenyamanan masyarakat saat ini, dimana masyarakat sudah lebih mempercayai pemerintah saat ini.

d. Intensitas yang akan Dicapai

Intensitas suatu program pemerintah nantinya akan menentukan hasil yang dikeluarkan juga. Intensitas yang akan dicapai dalam hal ini adalah seberapa sering program GENTASIBU dijalankan, dan pencapaian apa yang nantinya akan dikeluarkan. Berdasarkan analisis dari hasil wawancara yang tertera pada penyajian data dan hasil pengamatan oleh peneliti, dapat terlihat bahwa program ini nantinya akan mendapatkan hasil yang maksimal. Jika dilihat dari berjalannya program GENTASIBU selama 8 tahun, telah banyak perubahan dan perkembangan yang terjadi pada jumlah angka penderita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk.

Peneliti juga melihat bahwa adanya rasa saling memiliki dalam kadar yang sangat tinggi dari para aktor pelaksana Program GENTASIBU, hal ini dapat dibuktikan dalam hasil wawancara peneliti dengan kader GENTASIBU dimana mereka rela hanya dibayar 50 ribu dalam satu bulan dan mereka melaksanakan pembimbingan dan pengawasan terhadap balita gizi buruk. Padahal mereka harus siap melakukan pendampingan setiap waktu pada balita gizi buruk. Berdasarkan hal ini Program GENTASIBU dapat dikatakan sudah memiliki tingkat Intens yang tinggi.

Berdasarkan pemaparan diatas dapat disimpulkan bahwa dalam 8 tahun perjalanan program GENTASIBU ini dinilai sudah dianggap baik. Jika intensitas program GENTASIBU terus ditingkatkan dan dilaksanakan terus menerus setiap tahunnya maka tidak dapat dipungkiri dalam mengatasi gizi buruk di kabupaten Nganjuk akan semakin lama akan semakin maksimal.

2. Faktor Pendukung dan Penghambat

a. Faktor Pendukung

1) Sebagai Program Andalan Kabupaten Nganjuk

Program GENTASIBU sebagai program andalan Kabupaten Nganjuk yang mana dalam publikasinya terhadap masyarakat lewat motto “Jadikan Nganjuk sebagai Kabupaten Bebas Gizi Buruk”. Motto tersebut terpampang pada reklame di setiap jalanan utama Surabaya-Madiun, di setiap jalan-jalan di setiap kecamatan dan juga pada setiap organisasi kesehatan pemerintah Kabupaten Nganjuk. Hal ini dijadikan sebagai pendorong bagi pemerintah dan masyarakat untuk selalu berupaya mengatasi masalah gizi buruk.

Jika dianalisis dari hasil wawancara, observasi dan dokumentasi pengamatan peneliti menggunakan teori yang dikemukakan oleh Steers (1984:9-11) yaitu karakteristik lingkungan, dimana karakteristik ini mencakup dua aspek, yaitu lingkungan eksternal dan lingkungan internal. Hal yang dapat dikaitkan adalah pada wawancara dengan penyelenggara, yaitu penyelenggara menyebutkan bahwa sebagai program andalan maka program GENTASIBU mendapatkan keseriusan dalam pelaksanaannya. Berdasarkan hasil wawancara peneliti melihat bahwa pelaksanaan program GENTASIBU mendapatkan dampak dari pengaruh baik internal maupun eksternal. Eksternal sendiri GENTASIBU sudah dilihat oleh pemerintah pusat bahkan sampai dunia yaitu WHO, dalam internal sendiri Program GENTASIBU memiliki dukungan dari bupati Kabupaten Nganjuk karena pengagas program ini adalah istri dari bupati sendiri yaitu Ibu Ita Triwibawati dan juga mahir dalam bidang kesehatan.

2) Adanya Dukungan Dari Swasta

Adanya dukungan dari pihak swasta seperti CSR (*Corporate Social Responsibility*) yang mana merupakan tindakan yang dilakukan oleh perusahaan sebagai rasa tanggung jawab perusahaan terhadap sosial maupun lingkungan sekitar dimana perusahaan itu berada, seperti melakukan suatu kegiatan yang dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Hal ini merupakan suatu bantuan yang sangat diperlukan bagi program GENTASIBU. Tidak dapat dipungkiri karena dengan adanya CSR dari perusahaan maka akan disalurkan langsung ke masyarakat, sehingga dampak yang dihasilkan juga untuk kesejahteraan masyarakat sendiri.

Jika dianalisis dari hasil wawancara, observasi dan dokumentasi, dari segi pengamatan peneliti dan menggunakan teori, adanya bantuan dari pihak swasta dapat dikaitkan dengan salah satu teori yang dikemukakan Steers (1984: 9-11) yaitu karakteristik lingkungan, dimana adanya pihak swasta merupakan pihak eksternal dan masyarakat adalah internal, sehingga selalu ada pengaruh dari eksternal dengan internal, penyelenggaraan CSR dari perusahaan merupakan dampak dari tanggung jawab karena dengan masyarakat yang sejahtera maka perusahaan swasta semakin diuntungkan adanya imbal balik yang saling diuntungkan.

3) Adanya Kepedulian dari Pemerintah

Dukungan program bagi pemerintah dalam pembangunan dan pelayanan masyarakat menjadi indikator penting dalam pemberdayaan masyarakat. Dilihat

dari hasil wawancara yang tertera pada penyajian data, dokumentasi dan observasi oleh peneliti, Program GENTASIBU Sendiri mendapatkan perhatian yang serius dari pemerintah Kabupaten Nganjuk dimana mewajibkannya seluruh instansi kesehatan memberikan layanan pada anak usia lahir sampai anak usia 5 tahun, yang ditangani secara serius dan profesional, sehingga anak tidak kekurangan gizi, yang ditindak lanjuti oleh dokter gizi atau umum, yang di kontrol oleh pemerintah daerah Kabupaten Nganjuk secara langsung. Sedangkan tingkat keberhasilannya sudah mencapai 90% lebih artinya benar-benar ada keseriusan dari pemerintahan Kabupaten Nganjuk terhadap program GENTASIBU.

Faktor dukungan ini dapat dikaitkan dengan pendapat dari Steers (1984: 9-11) yaitu karakteristik lingkungan, dimana ada hubungan atau keterkaitan dari internal dan eksternal, hal ini pemerintah daerah harus beradaptasi dengan lingkungan yang baru, maksudnya adanya penyakit gizi buruk pemerintah harus sesegera mungkin mencari solusi bagaimana mengatasinya, sedangkan program GENTASIBU sebagai internal tidak dapat dijalankan tanpa ada dukungan dari pemerintah daerah

4) Tersedianya Sarana dan Prasarana yang Memadahi

Faktor Pendukung selanjutnya adalah tersedianya sarana dan prasarana yang memadai dalam pelaksanaan prgram GENTASIBU. Adanya sarana dan prasarana yang memadai akan menentukan keberhasilan dan efektivitas dari suatu program. Sarana dan prasarana yang ada untuk program GENTASIBU

dinilai sudah mencukupi, dimana hal ini terlihat dari keberhasilan melaksanakan rangkaian program yang berjalan dengan atau tanpa ada kendala yang serius.

Berdasarkan analisis yang dilakukan dari hasil wawancara, dokumentasi, dan juga observasi peneliti terkait tersedianya sarana dan prasarana, penulis tidak melihat adanya permasalahan, dan hal ini yang membuat ketersediaan sarana dan prasarana menjadi faktor pendukung dari Program GENTASIBU dianggap baik. Dilihat dari keberhasilan pelaksanaan Program GENTASIBU ini mulai dari rangkaian awal hingga pelaksanaannya selama ini tidak ada kendala dalam permasalahan sarana dan prasarana.

Ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai dapat dikaitkan dengan salah satu pendapat dari Steers (1984, 9-11) yaitu karakteristik Lingkungan dimana adanya hubungan antara keberhasilan program GENTASIBU dengan sarana dan prasarana yang memadai. Kaitan dengan lingkungan adalah hubungan internal dan eksternal jika ditinjau dari aspek ini maka sarana dan prasarana yang tidak memadai mendorong program yang tidak berhasil, maka dalam kaitan ini tidak ada kendala dalam hal sarana dan prasarana dalam permasalahan ini maka dianggap efektif.

5) Kesungguhan Kader dalam Menangani Kasus Gizi Buruk

Faktor Pendukung yang terakhir adalah Adanya kesungguhan Kader dalam menangani kasus gizi buruk, Pelaksanaan program GENTASIBU tidak akan berjalan dengan baik tanpa adanya Kader pendamping. Kader sebagai Pemantau status gizi, pemeriksa kondisi gizi, konseling gizi, dan juga memberdayakan orang

tua balita. Walaupun dibayar hanya 50 ribu namun kader tetap semangat dalam mendampingi balita gizi buruk,

Berdasarkan analisis yang dilakukan dari hasil wawancara, dokumentasi dan juga observasi peneliti terkait kader, peneliti melihat bahwa kader benar-benar serius dalam menangani masalah gizi buruk, mereka datang menjenguk balita gizi buruk dan melaksanakan tugas mereka, hal ini karena adanya faktor kekeluargaan dan juga gotong royong menurut peneliti tidak dapat dipungkiri apabila di desa masih erat hubungan kekeluargaannya.

Kesungguhan kader disini dapat dikaitkan dengan dua pendapat dari Steers (1984: 9-11) yaitu yang pertama karakteristik manajemen dimana memiliki arti suatu strategi dan mekanisme kerja yang dirancang untuk mengkondisikan semua hal dalam organisasi sehingga efektivitas tercapai. Kaitan dengan Kesungguhan kader yaitu penyelenggaraan program GENTASIBU sudah melakukan perencanaan, dan juga kader dipilih sesuai dengan kondisi sekitar sehingga memudahkan dalam pengawasan. Hal ini terkondisikan secara baik sehingga tidak ada kekawatiran apabila tidak ada pengawasan dari kader, karena kader sudah menganggap ini tanggung jawab kepada tetangga atau keluarga. Pendapat dari Steers (1984: 9-11) yang kedua yaitu karakteristik pekerja dimana dilihat berdasarkan pada perbedaan dari setiap individu. Mungkin tidak semua kader melaksanakan program GENTASIBU dengan antusias atau semangat, mungkin ada juga yang masih bermalas-malasan hal ini karena perbedaan sifat atau karakter dari setiap individu kader.

b. Faktor Penghambat

1) Adanya Penyakit Permanen

Faktor Penghambat pertama adalah Adanya Penyakit Pemanen yang sulit untuk disembuhkan. Dalam pelaksanaan program selalu ada hambatan yang dilalui, hal ini tidak dapat dipungkiri apabila sebuah program tidak dapat dikatakan sempurna dalam pelaksanaannya, hambatan pasti ada. Salah satu hampatan paling krusial dalam pelaksanaan program GENTASIBU yaitu adanya penyakit permanen yang dapat membuat program GENTASIBU dianggap gagal dalam mengatasi penyakit gizi buruk. Hal ini berdampak pada permasalahan-permasalahan lain seperti tidak semangatnya kader, biaya yang dikeluarkan juga semakin besar, namun hal ini tidak dapat dihindari oleh GENTASIBU.

Jika dikaitkan dengan pendapat dari Steers (1984:9-11). Hal ini dapat dimasukkan ke dalam karakteristik pekerja. Karakteristik pekerja adalah karakteristik yang dilihat berdasarkan pada perbedaan dari setiap individu. Setiap hal tidak akan ada yang sia-sia jika dikerjakan dengan keseriusan dan usaha yang maksimal, dari teori tersebut adanya penyakit permanen seharusnya pemerintah menyiapkan bantuan sedemikian rupa agar dapat disembuhkan karena apabila hal itu menjadi momok atau menjadikan program GENTASIBU patah semangat maka program ini tidak bisa dianggap efektif karena hanya bisa menyelesaikan penyakit tertentu saja, maka oleh sebab itu melakukan pembenahan dan Program GENTASIBU perlu untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang dibutuhkan agar dapat mengatasi permasalahan yang ada.

2) Kurangnya Pengetahuan Tentang Kesehatan dari Masyarakat

Hambatan dari program GENTASIBU yang kedua adalah permasalahan tentang kurangnya pengetahuan dan kepedulian dari masyarakat tentang kesehatan, hal ini bersifat penting karena faktor dari masyarakat sangatlah diperlukan tidak hanya pelaksanaan Program GENTASIBU saja yang menangani namun dari masyarakat juga harus ikut andil didalamnya. Berdasarkan analisis yang dilakukan dari hasil wawancara, dokumentasi dan juga observasi peneliti terkait kurangnya tingkat kepedulian masyarakat akan kesehatan, peneliti melihat bahwa masyarakat tidak dapat disalahkan dalam hal ini seharusnya pemerintah Kabupaten Nganjuk dengan Program GENTASIBU memberikan sosialisasi dan pengarahan akan hidup sehat dengan memberikan seminar atau *Workshop* kepada masyarakat yang dinilai kurang mampu sehingga paham cara mendaur ulang sampah, paham akan bahayanya merokok sehingga hambatan ini dapat diberikan solusi sehingga memudahkan dalam pencapaian tujuan.

Berdasarkan permasalahan ini dapat dikaitkan dengan salah satu pendapat yang dikemukakan Steers (1984: 9-11) yaitu karakteristik Lingkungan, yaitu merupakan adanya eksternal dan juga internal dalam suatu kondisi. Hal ini masyarakat sebagai sasaran maka untuk mendapatkan apa yang diinginkan maka harus dengan cara yang sesuai. Apabila masyarakat dituntut untuk sadar akan kesehatan maka pemerintah harus menyediakan atau sebagai fasilitator dalam pendidikan kesehatan.

3) Ketersediaan Anggaran yang Masih Sedikit

Selama pelaksanaan Program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk, permasalahan yang dihadapi oleh Kader pendamping adalah ketersediaan anggaran untuk kader yang masih tergolong sedikit. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat dijelaskan bahwa pentingnya kader dalam pelaksanaan Program GENTASIBU, karena dengan adanya kader balita gizi buruk dapat diawasi dan di dampingi hingga sembuh, karena hal ini tidak mungkin dilakukan oleh pihak dinas kesehatan maupun Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk, mereka hanya datang 1 bulan sekali untuk mengontrol dan juga melayani dan menyelesaikan permasalahan yang ada.

Berdasarkan analisis yang dilakukan dari hasil wawancara, dokumentasi dan juga observasi penulis, hal ini juga dapat dikaitkan dengan salah satu pendapat yang dikemukakan oleh Steers (1984: 9-11), yaitu karakteristik manajemen, dimana mempunyai arti mekanisme kerja yang dicanangkan untuk mengkondisikan semua hal yang ada dalam suatu program sehingga efektivitas dapat dicapai. Kaitannya adalah kurangnya strategi dalam perencanaan dalam penyelenggaraan program GENTASIBU untuk mengalokasikan dana bagi kader , jika dilihat, sebenarnya strategi dalam pendanaan sudah cukup matang, namun kurang maksimal bagi peneliti, hal ini dikarenakan dengan pendanaan Rp. 50.000,00 kepada kader terlalu sedikit, hal ini yang membuat kader kadang bosan dan tidak semangat dalam melaksanakan pendampingan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah peneliti lakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk, kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bahwa pelaksanaan Program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk diukur dengan menggunakan indikator efektivitas menurut David Krech, Richard Cruthfied, dan Egerton L. Ballachey dapat dikatakan efektif. Hal ini dapat dibuktikan dengan terpenuhinya seluruh dari isi indikator tersebut. Indikator dan hasilnya A) Jumlah hasil yang dicapai, adanya peningkatan dalam permasalahan pengentasan gizi buruk di Kabupaten Nganjuk. Awal berdirinya program GENTASIBU terdapat 524 balita gizi buruk dan sekarang terdapat 254 Balita. kemudian dengan adanya program GENTASIBU masyarakat semakin dimudahkan dalam pelayanan kesehatan dibidang gizi, B) Tingkat Kepuasan, masyarakat terkhususnya keluarga balita penderita gizi buruk ada sebanyak 82% merasa puas berdasarkan survey yang dilakukan Dinas Kesehatan, C) Produk Kreatif, Program GENTASIBU dapat dikatakan sebagai produk kreatif karena program ini ada karena adanya kreativitas, inovasi dan kemauan dari pemerintah Kabupaten Nganjuk. Selain itu program GENTASIBU telah menghasilkan program lain yaitu GERDARISTI dan GERMAS, D) Intensitas yang akan dicapai, Program GENTASIBU berdiri

dari tahun 2009 hingga sekarang dan pada setiap tahunnya diadakan 2 kali evaluasi demi terciptanya program yang mampu memenuhi kebutuhan masyarakat dan akan terus dilaksanakan. Selain itu Intensitas yang dicapai dalam permasalahan pekerja yaitu kader, mereka dipilih melalui kesukarelaan dan hanya dibayar Rp.50,000/bulan maka oleh karena itu kader dapat dikatakan memiliki kadar intens yang tinggi.

2. Bahwa mengukur efektivitas program GENTASIBU terdapat beberapa faktor didalamnya yang mendukung tercapainya efektivitas program GENTASIBU, yaitu sebagai program Andalan Kabupaten Nganjuk, Adanya dukungan dari Swasta, Adanya kepedulian dari pemerintah, Adanya sarana dan prasarana yang memadai, adanya dan juga adanya kesungguhan kader dalam mengatasi gizi buruk. Lima hal tersebutlah yang mendorong dan memotivasi Program GENTASIBU untuk mencapai efektivitas. Sedangkan faktor yang menghambat program ini adalah Adanya penyakit permanen, Kurangnya kepedulian masyarakat akan pentingnya hidup sehat, dan sedikitnya pendanaan untuk kader dalam pelaksanaan program GENTASIBU.

B. Saran

1. Menjadikan Kabupaten Nganjuk sebagai Kabupaten bebas gizi buruk adalah tujuan terciptanya program GENTASIBU, oleh karena itu harus terus dilaksanakan secara terus menerus dan sesegera mungkin mengatasi permasalahan yang ada.

2. Kedepannya, sebaiknya Program GENTASIBU diharapkan lebih mengembangkan dan meningkatkan kemampuan kader dalam pengetahuan tentang kesehatan gizi.
3. Keterlibatan dengan sektor-sektor terkait dan dinas-dinas terkait diharapkan lebih ditingkatkan lagi guna untuk menjadi pemerintahan lebih efektif dan efisien.
4. Hambatan yang dihadapi program GENTASIBU, salah satunya adalah penyakit permanen, diharapkan ada metode atau cara khusus untuk menangani tidak disamakan dengan balita gizi buruk lain hal ini dikarenakan kesembuhan yang lebih lama dibandingkan lainnya. Dengan adanya metode khusus seperti penanganan yang lebih khusus diharapkan akan mengurangi hambatan yang dihadapi program GENTASIBU.
5. Program GENTASIBU dalam memberikan dana kepada kader dinaikkan hal ini guna meningkatkan kinerja dari para kader untuk tetap semangat mengentaskan gizi buruk yang ada di Kabupaten Nganjuk.
6. Pemberian sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya hidup sehat lebih dimaksimalkan.
7. Kedepannya, pada penelitian selanjutnya diharapkan mampu memberikan penjelasan terhadap anggaran pelaksanaan Program GENTASIBU ini, karena saat ini peneliti sulit untuk mencari informasi seputar anggaran dari Program GENTASIBU dan hanya mendapatkan anggaran perkiraan saja.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab, Solichin. 2014. *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke. Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Abidin, Said Zainal. 2004. *Kebijakan Publik*. Jakarta: Yayasan Pancur Siwah.
- Agustino, Leo. 2012. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Akib, Haedar dan Tarigan, Antonius. 2008. *Artikulasi Konsep Implementasi Kebijakan: Perspektif, Model Dan Kriteria Pengukurannya*, Jurnal Kebijakan Publik
- Akhmad Subkhi dan Moh. Jauhar, 2013, *Pengantar Teori dan Perilaku Organisasi*, Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Alimul Aziz, H. 2008. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Almatsier, S. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Azwar, Saifuddin. 1999. *Reliabilitas dan validitas: Seri pengukuran Psikologi*. Yogyakarta: Sigma Alpha
- Bank Jawa Timur. 2010. *Tanggung Jawab Sosial dan Lingkungan Perusahaan Corporate Social Responsibility*. Surabaya: PT Bank Pembangunan Daerah Jawa Timur.
- Bouma, Gary D. 1993. *The Research Proccess*. Melbourne; New York: Oxford University Press,
- Budiardjo, Miriam. 2008. *Dasar-Dasar Ilmu Politik*. Jakarta: PT. Gramedia.
- Danim, Sudarwan. 2004. *Motivasi, Kepemimpinan dan Efektivitas Kelompok*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

- Devi, N. 2010. *Nutrition and Food*. Jakarta: PT. Kompas Media Nusantara.
- Dunn, William N. 2003. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada.
- Dwiyanto, Agus. 2003. *Reformasi Tata Pemerintahan dan Otonomi Daerah*. Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan UGM.
- E, Koswara. 2001. *Otonomi Daerah Untuk Demokrasi Dan Kemandirian. Rakyat*. Jakarta: Pariba.
- Fachrudin, *Puluhan Bocah di Nganjuk Alami Gizi Buruk*. Media Cetak (Koran), Republika. 2011.
- Handayaniingrat, Soewarno. 1985. *Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen*. Jakarta: PT Eresco.
- Henry, Nicholas. 1995. *Administrasi Negara dan Masalah-masalah Publik*, Jakarta: Rajawali Press.
- <http://www.pusdatin.kemkes.go.id> .(Diakses tanggal 2 April 2017. 21.37)
- <http://www.depkes.go.id>. (Diakses tanggal 2 April 2017. 21.51)
- <http://www2.nganjukkab.go.id>. (Diakses tanggal 2 April 2017. 22.12)
- <https://id.wikipedia.org/wiki/Kesehatan>. (Diakses 6 April 2017. 20.01)
- <http://ppi-jepang.org>.(Diakses tanggal 7 April 2017. 21.37)
- <http://khaidirmuhaj.blogspot.com/2009/02/askepanakhemofilia.html> (diakses 9 Mei 2017. 22.07)
- <http://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/11/09/16/lrmb2d-puluhan-bocah-di-nganjuk-alami-gizi-buruk.html> (Diakses 14 Juni 2017)

<http://peta-kota.blogspot.co.id/2017/01/peta-kabupaten-nganjuk.html> (Diakses 12 September 2017)

<https://nganjukkab.bps.go.id/linkTableDinamis/view/id/10>
(Diakses 12 September 2017)

<http://bappeda.jatimprov.go.id/bappeda/wp-content/uploads/potensi-kab-kota-2013/kab-nganjuk-2013.pdf> (Diakses 12 September 2017)

Indradi, Sjamsiar Sjamsuddin. 2016. *Dasar-Dasar dan Teori Administrasi Publik*. Malang: Intrans Publishing.

Juanita. 1998. *Fungsi Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.

Kountur, Ronny. 2004. *Metode Penelitian Untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*. Jakarta: Penerbit PPM.

LIPI. 2004. *Prosiding Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi VIII. Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi*. Jakarta.

Mahmudi. 2005. *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta: UPP AMP YKPN.

Masruri. 2014. "Analisis Efektivitas Program Nasional Pemberdayaan masyarakat Mandiri Perkotaan (PNPM) (Studi kasus Pada Kecamatan Bunyu Kabupaten Bulungan Tahun 2010)". *Governance and Public Policy*, vol 1 (1) : 53-76.

Miles, M.B, Huberman, A.M, dan Saldana, J. 2014. *Qualitative Data Analysis, A Methods Sourcebook Edition 3*. USA : Sage Publications.

Moenir. 2006. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*, Jakarta: PT. Bumi.

Mohyi, Ach. 2012. *Teori dan Perilaku Organisasi*. Malang: UMM Press.

- Moleong, J. Lexy. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja. Rosdakarya.
- Mu'rifah. 2007. *Materi Pokok Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Nawawi, Hadari. 2003. *Kepemimpinan Mengefektifkan Organisasi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Pasolong, H. 2011. *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Pawito. 2008. *Penelitian Komunikasi Kualitatif*. Yogyakarta: LKI
- Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 5 Tahun 2014 tentang Upaya Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu Dan Bayi Di Kabupaten Nganjuk
- Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI). 2009. *Kamus Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Elex Media.
- Pohan, Imbolo, 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: Kedokteran ECG
- Pusat Data dan Informasi (Pusadatin), 2016. *Situasi Gizi Di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Ratminto dan Atik Septi Winarsih. 2005. *Manajemen Pelayanan*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Rohman, Arif. 2009. *Memahami Pendidikan dan Ilmu Pendidikan*. Yogyakarta: LaksBang Mediatama.
- Silalahi, Ulber. 2009. *Metode Penelitian Sosial*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Steers, M. Richard. 1984, *Efektivitas Organisasi*, Jakarta: Erlangga.

Sugiono, 2013. *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)*. Bandung: Alfabeta.

Surat Keputusan Bupati No. 188/140/K/411.013/2009

Suryana, Siti Erna Latifi. 2009. *Implementasi Kebijakan Tentang Pengujian Kendaraan Bermotor di Kabupaten Aceh Tamiang*. Tesis. Universitas Sumatera Utara .

Suhardjo. 2003. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta: Bumi Aksara.

Supariasa, I Dewa Nyoman. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Kedokteran EGC.

Sutarjo, U. Suseno. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI 2016

Sutopo. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Surakarta: UNS.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014
Tentang Pemerintahan Daerah.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 36 Tahun 2009
Tentang Kesehatan.

Uripi, V. 2004. *Menu Sehat Untuk Balita*. Jakarta : Puspa Swara.

Wahab, Solichin Abdul. 2014. *Analisis Kebijaksanaan: Dari Formulasi Ke Penyusunan Model-Model Implementasi Kebijakan Publik*. Jakarta: Bumi Aksara.



LAMPIRAN

Lampiran 1

DAFTAR INFORMAN

Informan	Selaku
Ibu Ita Triwibawati	Ketua PKK Nganjuk, Sekaligus Penggagas Program GENTASIBU
Bapak Guruh Hariwibowo	Kepala bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk
Ibu Lisa	Kordinator Kader GENTASIBU kecamatan Kertosono
Ibu Suryani	Kader GENTASIBU sekaligus anggota di Posyandu Desa Nglawak Kecamatan Kertosono
Ibu Sutinah	Ibu dari Agan Purbo Pamungkas Balita penderita Gizi Buruk di desa Nglawak Kertosono

DAFTAR PERTANYAAN WAWANCARA

Daftar pertanyaan wawancara ini berfungsi untuk menjawab rumusan masalah pada penelitian yang berjudul **“Efektivitas Pelaksanaan Program GENTASIBU dalam upaya Mengatasi Penderita Gizi Buruk di Kabupaten Nganjuk (Studi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)”**. Berikut daftar pertanyaan wawancara untuk menjawab rumusan masalah.

Daftar pertanyaan kepada Bapak Guruh:

1. Bagaimana menurut Bapak tentang Program GENTASIBU dalam upaya mengatasi gizi buruk di kabupaten Nganjuk, apakah sudah efektif?
2. Bagaimanakah Proses atau mekanisme pelaksanaan Program GENTASIBU?
3. Hasil apa yang dikeluarkan oleh program GENTASIBU, maksudnya apakah selama ini hasilnya positif(turun) atau negatif(tetap/naik)?
4. Bagaimana Tingkat kepuasan yang diperoleh dalam pelaksanaan program GENTASIBU, baik itu masyarakat, Swasta, maupun Pemerintah Nganjuk sendiri?
5. Apakah dengan adanya program GENTASIBU membuat masyarakat lebih berdaya atau lebih terfasilitasi, selain itu apakah ada kreativitas yang dihasilkan setelah adanya program ini?
6. Apakah ada rencana dalam jangka panjang untuk program GENTASIBU?
7. Untuk semester ini, apakah semua sesuai dengan target?
8. Apa saja dukungan yang didapatkan dalam pelaksanaan program GENTASIBU?
9. Apa saja Hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan program GENTASIBU?
10. Prestasi apa saja yang didapatkan oleh program GENTASIBU?

Lampiran 2

Daftar pertanyaan kepada Ibu Lisa

1. Sudah berapa lama Ibu jadi Kader GENTASIBU?
2. Seperti apa peran Kader dalam pelaksanaan program GENTASIBU?
3. Apa saja dukungan dan hambatan menjadi Kader selama ini?

Daftar pertanyaan kepada Ibu Suryani

1. Sudah berapa lama Ibu jadi Kader GENTASIBU?
2. Apa saja yang dilakukan Ibu, dalam mendampingi balita gizi buruk?
3. Apa saja dukungan dan hambatan menjadi Kader selama ini?

Daftar pertanyaan kepada Ibu Sutinah

1. Dengan adanya program GENTASIBU, apakah ibu merasa terbantu?
2. Apa keluhan ibu tentang program GENTASIBU?

JAWABAN PERTANYAAN WAWANCARA

Jawaban Bapak Guruh (wawancara tanggal 30 Agustus 2017) :

1. Menurut pengamatan saya, perubahan setelah adanya program GENTASIBU itu sangatlah bermakna, jadi kalau dulu tahun 2009 masih banyak kasus balita gizi buruk sebanyak 524 balita di awal dan itu bisa turun pada setiap tahunnya, setiap tahun kami lakukan evaluasi menjadi 2 semester yaitu di bulan Agustus adalah semester pertama dan di Bulan Januari adalah semester kedua, jadi satu tahun itu ada 2 kali, dan dari tahun 2009 sampai sekarang hasilnya pasti ada penurunan.
2. Kami sebagai pelaksana program GENTASIBU tidak bisa apa-apa apabila tidak ada kader yang memiliki jiwa sosial yang tinggi padahal mereka hanya dibayar 50 ribu, mereka setiap hari mau untuk mendatangi balita gizi buruk memberikan apa saja yang dibutuhkan demi bisa normal kembali, tugas dinas kesehatan hanya sebagai pengawas jadi setiap 1 bulan sekali kami datang untuk mendata apakah ada perubahan atau tidak terus juga melihat apa saja yang hambatan yang dihadapi kader.
3. Jika bicara tentang kepuasan apakah program ini efektif atau tidaknya dimata masyarakat, kami pernah memberikan kuisisioner kepada masyarakat terkait pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan kepuasan mereka dan apa saja kekurangan dari program ini, dan kebanyakan masyarakat merasa terbantu dengan adanya program ini, dulu sebelum ada program ini, masyarakat selalu resah masalah dana, masalah apalah, sekarang mereka merasa banyak dibantu

Lampiran 3

dengan program ini, kan waktu di posyandu semuanya terjaring jadi tidak perlu sampai datang ke rumah sakit sendiri mengurus administrasi sendiri, sekarang sudah dibantu oleh kader PKK

4. Menurut data kami sekitar 82% merasa puas dengan adanya program ini, alasannya paling banyak merasa terbantu selain itu merasa pemerintah ikut andil di masyarakat karena program GENTASIBU ini, sisanya yang tidak puas mungkin karena kerja kami kurang maksimal sehingga banlita belum dapat disembuhkan, itu salah satu hambatan kami adanya balita yang mempunyai penyakit permanen seperti Jantung, TB paru, *Celebral Palsy*, Tuli untuk selanjutnya kami selalu mencari cara bagaimana mengatasinya.
5. Jadi seperti ini, Program GENTASIBU ini telah menghasilkan beberapa program baru seperti GERDARISTI dan GERMAS hal ini tidak luput dari keterkaitan berbagai pihak, memulai keterlibatan dari sektor terkait, seperti di bidang dinas kesehatan dari program kesmas, pelayanan kesehatan, rumah sakit, maupun ada dinas lain yaitu seperti sanitasi lingkungan di Dinas PU dan Penataan Ruang. Kemudian Dinas Sosial seperti faktor sosial adanya nikah secara dini, tidak KB, masalah Pendapatan juga seperti tingkat pendapatan masih rendah tergolong miskin. Kesimpulannya dari satu program dapat menghasilkan keterkaitan keuntungan bagi sektor-sektor lain.
6. Intensitas Program GENTASIBU sejak disahkan dan dilaksanakan tahun 2009 hasilnya sangat mengembirakan, sebelum ada program ini kasus gizi buruk marak sekali, perubahannya sangat terasa, dari tahun ketahun alhamdulillah bisa turun, walaupun setiap ada kelahiran pasti ada penderita gizi buruk, bukan karena masalah kekurangan makan saja, namun ada faktor lain seperti penyakit turunan,

Lampiran 3

permanen ya kami mencoba semaksimal mungkin untuk mengatasinya. Untuk kedepannya program ini selalu ada perubahan menuju yang lebih baik, waktu evaluasi itu kita semaksimal mungkin mencoba memecahkan hambatan-hambatan yang kita alami

7. Berbicara tentang faktor pendukung yang pastinya program ini adalah program andalan di Kabupaten Nganjuk, karena program ini yang bisa dibilang paling baik dimata masyarakat, paling dekat dengan masyarakat dan ada dukungan penuh dari masyarakat, dari segi pemerintah sendiri dukungan penuh dari pemerintah pusat hingga memberikan penghargaan atas kontribusi dalam pengentasan gizi buruk
8. Pemerintah Kabupaten Nganjuk memang serius untuk melaksanakan program GENTASIBU hal ini karena penggagas memang istri dari bupati sendiri, dukungan dari pemerintah pun sangat besar, anggaran yang diberikan dibidang kesehatan mencapai 100Miliar lebih, program GENTASIBU memang selama ini dianggap berhasil karena memang setiap tahunnya mengalami penurunan angka balita gizi buruk
9. Faktor penghambat, satu yg paling krusial yaitu apabila kita temukan balita gizi buruk mempunyai penyakit permanen, dan sulit disembuhkan, jadinya kan kader patah semangat, seperti penyakit Jantung, *Cerebral Palsy*, TB Paru, Tuli, dan lainnya. *Cerebral Palsy* Yaitu saraf-saraf nya tidak bekerja dengan optimal harusnya bisa berdiri tapi tidak bisa pada waktunya, ada juga TB Paru pada anak itu sulit, itu obatnya harus dikonsumsi setiap hari, namanya anak kalau disuruh konsumsi obat setiap hari itu sulit, jadi kita ada intervensi ada 41 anak yg memiliki penyakit permanen. solusi tetep ada, kita tetep berusaha menyembuhkan

Lampiran 3

yaitu kita menormalkan dulu, nanti kita kasih dana apabila dari keluarga tidak mampu, memberikan SKTM dan membantu rujukan ke rumah sakit sampai ke Dr. Soetomo secara gratis.

10. Program GENTASIBU tidak hanya memberikan bantuan berupa medis terhadap balita gizi buruk, kami juga berusaha mengatasi masalah keluarga tujuannya kan bagaimana memberdayakan masyarakat, kami coba memberikan interpetsi jadi ada pendataan pada setiap keluarga balita gizi buruk, seperti apakah bapaknya ngrokok kalau pun iya kami mencoba mengarahkan, uangnya kan bisa digunakan untuk anaknya apakah juga apa mempunyai perkarangan nanti di berdayakan bisa di tanami sayur-sayuran buah-buahan apa sajarah buat nambah pendapatan, ya alhamdulillah Tingkat pendidikan orang tua mereka jadi meningkat, kan kebanyakan lulusan smp, semua nya kan karena ada perdulian dari masyarakat dari adanya perdulian dari kader untuk selalu membimbing, itu untungnya untuk masyarakat untuk pemerintahan sektor terkait bisa melakukan kebijakan atas kinerja secara sinergis, yang dulu pembangunan jamban dimana base datanya masih kurang sekarang siapa saja yang dikasih sudah ada datanya dari GENTASIBU, sekarang sudah di integrasikan, siapa yg gizi buruk punya rumah yg tidak layak maka adanya sinergis antara dinas kesehatan dengan dinas sosial.

Jawaban Ibu Lisa (Wawancara tanggal 23 Agustus 2017):

1. Sebagai kader ya harus tetap sabar walaupun sembuhnya lama kita harus selalu memantaunya mendampingi juga kemana saja, kita ini dibayar Cuma sedikit jika tidak karena rasa kemanusiaan yang tinggi mana mau, sebenarnya ada tidak

Lampiran 3

adanya kader masyarakat itu sudah membantu, kita kan orang desa pasti tau sedusun biasanya kan masih keluarga entah itu keponakan sepupu buyut, ya sama saja kita menolong keluarga sendiri, saya juga kasihan melihat keluarga terkena penyakit seperti itu.

Jawaban Ibu Suryani (wawancara tanggal 2 September 2017)

1. dibayar Cuma berapa, kalau kerja dengan ikhlas kan terasa ringan, apalagi itung-itung amal membantu saudara sendiri, juga tugas kader tidak mengganggu pekerjaan rumah, apalagi kan tidak setiap hari, seminggu minimal 3 kali tugasnya palingan datang menjenguk menimbang berat badan sama mengukur tinggi badan, terus menanyakan apa saja keluhan sama hambatan kalau bisa di selesaikan akan diselesaikan juga, kalau tidak bisa menunggu petugas puskesmas sama TP PKK. Kan ada rutin ke puskesmas setiap bulannya kalau memang waktunya control ya dibawa ke puskesmas

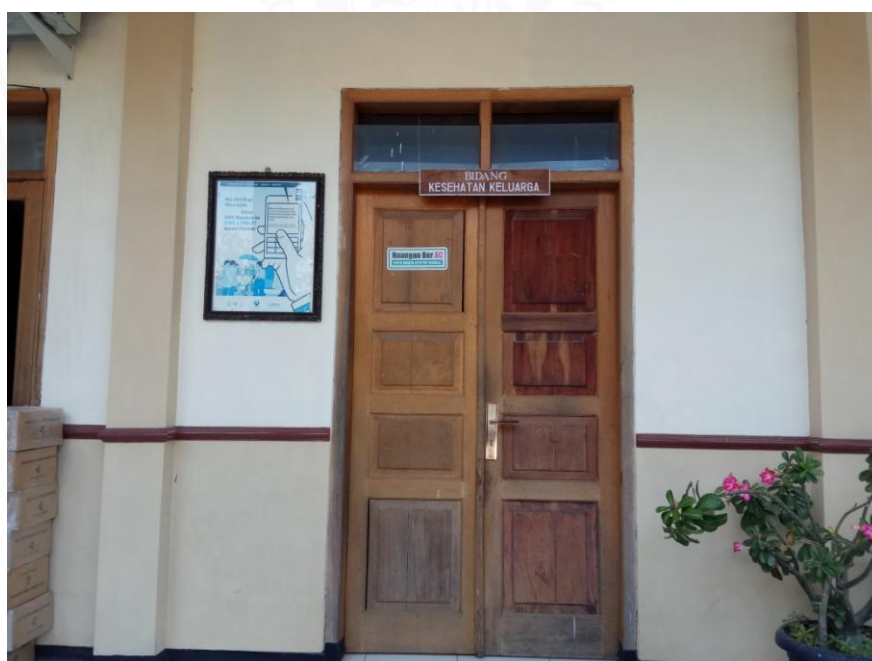
Jawaban Ibu Sutinah (wawancara tanggal 2 September 2017)

1. Ya, Merasa terbantulah mas, biasanya kalau mau ke posyandu dulu kan sendiri sekarang sudah dibimbing sama kader kemudian sama pihak GENTASIBU nya diberikan bubur kacang hijau, kadang juga buah-buahan seperti pepaya, pisang yang paling sering dikasih tetes vitamin, sering kerumah kadernya tanya-tanya masalah perkembangannya seperti apa, merasa terbantu, ada yang memperhatikan

DOKUMENTASI PENELITIAN



Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk



Bidang Kesehatan Keluarga Dinkes Kab. Nganjuk



Pelaksanaan Evaluasi I Program GENTASIBU, Gor Bung Karno



Para Kader dan TP PKK Kabupaten Nganjuk



Acara Pembukaan Evaluasi I Program GENTASIBU



Bupati Taufiqurrahman datang pada Evaluasi I Program GENTASIBU

- AGENDA EVALUASI PROGRAM GENTASIBU DAN GERDARISTI SEMESTER I
DAN
PENCANANGAN GERMAS DI KABUPATEN NGANJUK TAHUN 2017

1. Tempat Evaluasi : Lapangan dan gedung GOR Kabupaten Nganjuk
2. Hari / Tanggal : Rabu, 23 Agustus 2017
3. Jam : 06.00 s/d selesai
4. Sifat : Setengah resmi dengan lesehan
5. Seragam : Pakaian olah raga
6. Acara : 1. Evaluasi Gentasibu dan Gerdaristi
2. Pencanangan Gernas

NO	JAM	KEGIATAN	PENANGGUNG JAWAB
1	06.00 – 06.30 06.30 - 06.45	Registrasi peserta <i>Peserta menuju lapangan GOR Bung Karno dengan mengambil posisi berdiri di masing-masing kelompok kecamatan yang telah ditandai dengan papan nama kecamatan</i>	Dinkes dan TP- PKK Kabupaten Instruktur senam Perwosi dan instruktur outbond Dinkes
2	06.45-07.45	Senam cerdik dan dilanjutkan senam yang lainnya <i>(bila Bp. Bupati dan Tim belum datang bisa diisi menyanyi oleh penyanyi yang telah disediakan dengan diiringi electone mas Yoni)</i>	Perwosi dan Adjie
3	07.45-08.15	Pencanangan Gernas dengan ditandai dengan : 1. Menggantung balon hadiah 2. Kampanye ajakan makan buah bersama dimulai oleh Bp. Bupati dan diikuti oleh semua peserta senam	Adjie dan Protokol
	08.15-09.00	1. <i>Bp. Bupati menuju ke tenda dalam gedung GOR Bung Karno untuk istirahat sebentar (sarapan pagi)</i> 2. <i>Peserta senam masuk ke dalam gedung GOR Bung Karno</i>	Adjie dan Protokol
		<i>Panitia melakukan persiapan Evaluasi Program Gentasibu dan Gerdaristi semester I tahun 2017</i>	TP PKK Kabupaten
	09.00-09.15	<i>Bp. Bupati diikuti Kepala OPD menuju panggung depan dan duduk di atas panggung diiringi dengan dancing seremonial</i>	Protokol dan Adjie
4	09.15 – 09.20	Pembukaan	MC
5	09.20- 09.40	Menyanyikan lagu Indonesia Raya dan Mars PKK	TP PKK Kabupaten
6	09.40-09.50	Laporan Ketua Panitia	TP PKK Kabupaten
7	09.50-10.10	Menyanyikan lagu Gentasibu dan Mars Hidup Sehat	Dinkes (Sri Nugrowati)
8	10.10 - 10.40	Sambutan sekaligus penyampaian kemajuan Program Gentasibu dan Gerdaristi	Ketua TP PKK Kabupaten
9	10.40- 11.30	Penyerahan penghargaan oleh Bupati Nganjuk sekaligus penyerahan penghargaan	Bupati Nganjuk
10	11.30- 11.40	Doa	TP PKK Kabupaten
11	11.40 – 13.00	<i>Hiburan Electone</i>	Protokol dan Adjie
12	13.00 -	Penutupan	TP PKK Kabupaten

Keterangan : Pelaksanaan diluar dan di dalam gedung

Lampiran 4



Pencanangan Program GERMAS



Pengesahan Program GERMAS



Brosur GERMAS

Lampiran 4



Bupati bersama dengan Istrinya sekaligus penggagas GENTASIBU ibu Ita Triwibawati



Pemaparan evaluasi GENTASIBU semester I tahun 2017 oleh Ibu Ita



Banner GENTASIBU

GENTASIBU
(GERAKAN PENGENTASAN GIZI BURUK)

TIM PENGGERAK PKK
KABUPATEN NGANJUK TAHUN 2010

Apakah Gentasibu itu ? Gentasibu adalah gerakan yang dilakukan oleh masyarakat untuk mengentaskan gizi buruk (berat badan sangat kurang) di Kabupaten Nganjuk yang di pelopori oleh Ketua Tim Penggerak PKK Kabupaten Nganjuk yaitu Ibu Hj. Dra. Ita Taufiqurrahman, AK, M.Si.

Kegiatan Gentasibu mulai dilaksanakan pada tanggal 3 Juni 2009, yang penanganannya dilakukan oleh Bapak Bupati Drs. H. Taufiqurrahman bersama anggota Muspida Kabupaten Nganjuk.

Apakah Tujuan dibentuk Gentasibu ?
Gentasibu mempunyai tujuan untuk memperbaiki status gizi balita dari gizi buruk (berat badan sangat kurang) menjadi status gizi baik.

Siapa saja sasaran program Gentasibu ?
Gentasibu mempunyai sasaran semua balita gizi buruk (berat badan sangat kurang) yang ada di wilayah Kabupaten Nganjuk.

Bagaimana cara mengetahui anak menderita Gizi Buruk (berat badan sangat kurang) ? Anak dikatakan Gizi buruk dengan parameter Berat Badan menurut Umur (BB/U) apabila berat badan dibandingkan dengan umur seperti pada tabel berikut :

BB sangat kurang	Umur (bulan)	BB sangat kurang	Umur (bulan)	BB sangat kurang	Umur (bulan)	BB sangat kurang	Umur (bulan)
<2.1	0	<9.5	31	<2.0	0	<9.0	31
<2.9	1	<9.6	32	<2.7	1	<9.1	32
<3.8	2	<9.7	33	<3.4	2	<9.3	33
<4.4	3	<9.8	34	<4.0	3	<9.4	34
<4.9	4	<9.9	35	<4.4	4	<9.5	35
<5.3	5	<10.0	36	<4.8	5	<9.6	36
<5.7	6	<10.1	37	<5.1	6	<9.7	37
<5.9	7	<10.2	38	<5.3	7	<9.8	38
<6.2	8	<10.3	39	<5.6	8	<9.9	39
<6.4	9	<10.4	40	<5.8	9	<10.1	40
<6.6	10	<10.5	41	<5.9	10	<10.2	41
<6.8	11	<10.6	42	<6.1	11	<10.3	42
<6.9	12	<10.7	43	<6.3	12	<10.4	43
<7.1	13	<10.8	44	<6.4	13	<10.5	44
<7.2	14	<10.9	45	<6.6	14	<10.6	45
<7.4	15	<11.0	46	<6.7	15	<10.7	46
<7.5	16	<11.1	47	<6.9	16	<10.8	47
<7.7	17	<11.2	48	<7.0	17	<10.9	48
<7.8	18	<11.3	49	<7.2	18	<11.0	49
<8.0	19	<11.4	50	<7.3	19	<11.1	50
<8.1	20	<11.5	51	<7.5	20	<11.2	51
<8.2	21	<11.6	52	<7.6	21	<11.3	52
<8.4	22	<11.7	53	<7.8	22	<11.4	53
<8.5	23	<11.8	54	<7.9	23	<11.5	54
<8.6	24	<11.9	55	<8.1	24	<11.6	55

Sedangkan tanda-tanda klinis balita gizi buruk adalah sebagai berikut :

Marasmus : anak sangat kurus; wajah orang tua; cengeng dan rewel; rambut jarang dan kusam; kulit keriput; tulang tampak jelas; pantat kendur dan keriput cekung

Kwashiorkor : wajah bulat dan sembab; cengeng dan rewel; rambut tipis, jarang, kusam, warna rambut jagung dan bila dicabut tidak sakit; kedua punggung kaki bengkak; bercak merah kehitaman ditungkai dan dipantat

Marasmus Kwashiorkor : anak sangat kurus; wajah seperti orang tua atau bulat dan sembab; cengeng dan rewel; tidak bereaksi terhadap rangsangan, apatis; rambut jarang kusam, warna rambut jagung dicabut tidak sakit jarang dan kusam; keriput; tulang iga tampak jelas (iga g) pantat kendur dan keriput; perut cekung buncit; bengkak pada punggung kaki yang cairan (edema) dan bila ditekan lama bercak merah kehitaman ditungkai dipantat.

BB sangat kurang	Umur (bulan)	BB sangat kurang	Umur (bulan)	BB sangat kurang	Umur (bulan)	BB sangat kurang	Umur (bulan)
<8.8	25	<12.0	56	<8.2	25	<8.2	25
<8.9	26	<12.1	57	<8.4	26	<8.4	26
<9.0	27	<12.2	58	<8.5	27	<8.5	27
<9.1	28	<12.3	59	<8.6	28	<8.6	28
<9.2	29	<12.4	60	<8.8	29	<8.8	29
<9.4	30	<8.9	30				

Brosur GENTASIBU

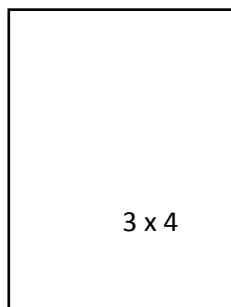
DOKUMENTASI WAWANCARA



Wawancara bersama dengan Bapak Guruh I



Wawancara dengan Bapak Guruh II

BIODATA PENELITIAN

Nama Lengkap : Muhammad Taufiq Afan

NIM : 135030101111104

Tempat/Tanggal Lahir : Nganjuk, 17 Mei 1995

Alamat Asal : Dusun Pojok RT/RW:04/02, Desa Nglawak, Kecamatan Kertosono, Kabupaten Nganjuk Jawa Timur 64315

Telepon/HP : +6289670884889

E-mail : afaenz.elpraftha@gmail.com

Pendidikan Formal

1999 – 2001 : TK Panca Murni Nglawak

2001 – 2007 : SDN Nglawak I

2007 – 2010 : MTsN Nglawak Kertosono

2010 – 2013 : MAN Denanyar Jombang

2013 – 2017 : Jurusan Ilmu Administrasi Publik Fakultas Administrasi Universitas Brawijaya

Pendidikan Informal

2007 – 2010 : Pondok Pesantren Salafiyah Darul Mutallimiin Pandanasri

2010 – 2013 : Pondok Pesantren Al-Madienah Denanyar Jombang

Pengalaman Organisasi

- Magang di Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk Bagian Humas & PDE
- Kordinator Keamanan di Pondok Pesantren Al-Madienah Jombang
- Anggota Bidang Kerohanian IKAPPMAM Malang Raya (Ikatan Alumni Pondok Pesantren Mamba'ul Ma'arif Denanyar Jombang)
- Ketua Cabang Malang periode 2015-2017 SALMADA (Ikatan Santri dan Alumni Pondok Pesantren Al-Madienah)